

**ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN BEI KINDERN
NACH PHYSISCHEN UND PSYCHISCHEN
BELASTUNGEN IN DER GRAVIDITÄT**

von

Karin-Hergard Schrenk
aus Ostheim vor der Rhön

1967



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533917_0049

Aus der Kinderklinik
der Universität Erlangen-Mürnberg
Direktor: Prof. Dr. med. A. Windorfer

ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN BEI KINDERN
NACH PHYSISCHEN UND PSYCHISCHEN
BELASTUNGEN IN DER GRAVIDITÄT.

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
zu Erlangen-Mürnberg

vorgelegt von
Karin-Hergard Schrenk
aus Ostheim vor der Rhön

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen
Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. K. G. Ober
Referent: Priv.-Doz. Dr. J. Paul
Koreferent: Prof. Dr. A. Windorfer

Tag der mündlichen Prüfung : 4.3.1967

Dem Leiter der Heilpädagogischen Abteilung
an der Universitäts - Kinderklinik Erlangen,
Herrn Oberarzt Priv.-Dozent Dr. J. Paul,
sage ich für Thema, Anregung und Anleitung
bei der vorliegenden Arbeit meinen Dank.

EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG

UNTERSUCHUNGEN

- A. Beobachtungsgut
- B. Methoden und Kriterien
 - I. Anamnestische Angaben
 - II. Befunde

ERGEBNISSE

- A. Grund der Minweisung und Vorstellung
 - I. Frühgeborene zur Aufzucht
 - II. Konstitutionelle Störungen
 - III. Verhaltensstörungen
- B. Ereignisse während der Gravidität
 - I. Art der Ereignisse
 - II. Beziehungen der Unfälle zu Berufstätigkeit und Zivilstand der Mütter
 - III. Zeitpunkt der Einwirkung
 - IV. Unmittelbare Folgen auf das Ereignis
- C. Entwicklung der Kinder
 - I. Vorgeburtliche Entwicklung
 - 1. Schwangerschaftsdauer
 - 2. Geburtsgewicht
 - II. Nachgeburtliche Entwicklung
 - 1. Morphologische Störungen
 - a. Dysplasien und Hypoplasien
 - b. Konstitutionsanomalien und -besonderheiten
 - 2. Funktionelle Störungen
 - a. Ernährung
 - b. Zahnentwicklung
 - c. Statische Entwicklung
 - d. Sauberkeitsgewöhnung
 - e. Sprachentwicklung
 - f. Spielverhalten
 - g. Intelligenz
 - h. Schule

D. Soziales Milieu

BESPRECHUNG

ZUSAMMENFASSUNG

LITERATUR

EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG

Im Bereich der Heilpädagogischen Abteilung fiel auf, daß sowohl bei den schwer hirngeschädigten Kindern des "Spastikerzentrums" als auch bei den verhaltensgestörten Kindern der Erziehungsberatungsstelle die Eltern die Schwierigkeiten häufig auf ein äußeres Trauma oder einen inneren Konflikt während der Schwangerschaft zurückführten. Teilweise traten sie von vornherein mit dieser Fragestellung an den Untersucher heran - oder aber die Erhebung der Schwangerschaftsanamnese förderte ein solches Trauma zutage und konfrontierte die Eltern mit dieser Fragestellung.

Viele Eltern hatten sich Gedanken gemacht, warum gerade ihr Kind gestört ist, und sie fanden keinen weiteren Anhaltspunkt als einen Unfall oder eine seelische Not, die sie während der Gravidität durchgemacht hatten. Andere glaubten einen Grund gefunden zu haben, indem sie in einem Betriebsunfall oder Verkehrsunfall die Ursache für die Entwicklungsstörung sahen. Einige aber hatten Schuldgefühle ihrem Kind gegenüber, weil sie es von vornherein schon während der Schwangerschaft innerlich abgelehnt hatten - und führten nun die Erziehungsschwierigkeiten darauf zurück.

Der Anlaß zu dieser Arbeit war, die subjektiven Angaben der Erziehungspersonen zusammenzustellen, und sie zu dokumentieren und objektivieren zu suchen, da man zu diesen Fragen unbedingt Stellung nehmen muß, wenn man ratsuchenden Vätern und Müttern klärend helfen will, damit sie eine reelle Einstellung zu dem Grund der Störung und zu den Kindern mit ihren Schwierigkeiten bekommen.

In der vorliegenden Arbeit soll die Art der aufgetretenen Entwicklungsstörungen festgehalten werden, und diese in Beziehung zur angegebenen exogenen Noxe gebracht werden, und es soll darauf geachtet werden, wie die innere Einstellung zum Kind während der Schwangerschaft, dessen späteres Schicksal beeinflusst hat.

UNTERSUCHUNGEN

A. Beobachtungsgut

Untersucht wurden 130 Kinder, bei denen anamnestische Angaben über ein äußeres Trauma oder einen inneren Konflikt während der Schwangerschaft vorlagen.

Sie waren in den Jahren 1958 - 1965 primär oder sekundär in ambulanter Betreuung der Heilpädagogischen Abteilung oder als Frühgeborene zur Aufzucht in stationärer Behandlung.

Es waren 66 Knaben und 64 Mädchen, es liegt also keine Geschlechtsspezifität vor.

99 Mütter schuldigten ein äußeres Trauma an, während 31 einem inneren Konflikt in der Zeit der Schwangerschaft ausgesetzt waren.

Die Altersverteilung der 130 untersuchten Kinder ist in Tabelle 1 dargestellt. 19 kamen als Neugeborene bzw. Frühgeborene zur Aufzucht. Ein deutlicher Gipfel liegt im 2. - 4. Lebensjahr, in einem Alter, in dem das Zurückbleiben der geistig - statischen Entwicklung besonders auffällig wird, und in dem die ersten ernstesten Erziehungsprobleme auftauchen; ein zweiter Gipfel zeichnet sich um das 11. Lebensjahr ab, es ist die Zeit der Präpubertät und Pubertät.

Alle untersuchten Kinder kamen wegen Störungen in der Entwicklung zur Behandlung.

B. Methoden und Kriterien

Da es sich in jedem Fall um entwicklungsgestörte Kinder handelte, wurde jeweils auf den Ablauf der formalen Entwicklung geachtet und aus dieser Sicht die Untersuchungen durchgeführt. Bei der Auswertung des Krankenguts wurde versucht, Beziehungen zwischen den anamnestisch erhobenen exogenen Noxen und den aufgetretenen Entwicklungsstörungen herzustellen.

Es wurden die in der pädiatrischen Klinik üblichen

1						2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	ge- samt
I	II	III	IV	I	II	III	IV	I / II	III / IV												
19	3	6	3	3	11	5	4	10	3	12	6	7	3	4	6	9	2	3	1	1	130
34						20		13													

Tabelle 1. Altersverteilung der untersuchten Kinder bei der erstmaligen Vorstellung.

Untersuchungsmethoden durchgeführt: Anamnese, klinische Befunde und Laborbefunde. Außerdem wurden die Spezialuntersuchungen der Spastikerabteilung und der Erziehungsberatungsstelle mitverwertet.

I. Anamnestische Angaben

Auf folgende Punkte wurde bei jedem Kind geachtet:

1. Familienanamnese:

Die Begleitpersonen werden nach familiären Erkrankungen gefragt, um eine ererbte Störung beim erkrankten Kind auszuschließen. Speziell sollen sie Angaben machen über Geisteskrankheiten, Nervenleiden, chronische Erkrankungen; über Störungen in der Entwicklung bei Vorfahren oder Geschwistern; über die Reihenfolgen und Störungen der Schwangerschaften, Fehlgeburten, Totgeburten, Mehrlingsgeburten und über den Rang des Kindes in der Geschwisterfolge.

2. Schwangerschaftsanamnese:

Die Schwangerschaftsanamnese wurde mit besonderer Sorgfalt erhoben, um alle nur in Frage kommenden Störungen zu erfassen. Infektionen, Medikamente, innere Erkrankungen, Blutungen wurden berücksichtigt und vor allem Angaben über exogene Noxen zu objektivieren versucht. Die Mütter wurden angehalten, präzise Angaben über die Art der Noxe, über deren Dauer und deren genauen Zeitpunkt in der Gravidität zu machen. Die Schwangerschaftsdauer wurde in jedem Fall berücksichtigt.

3. Eigene Anamnese:

a.) Geburt:

Um eine perinatale Ursache auszuschließen wurde jede Art von Geburtskomplikation berücksichtigt. Außerdem wurde auf das Geburtsgewicht, auf eine Mehrlingsgeburt, auf bei der Geburt vorhandene Mißbildungen geachtet.

b.) Entwicklung:

Die Erziehungspersonen machten Angaben über die Art und Weise der Ernährung, Zahnung, statische Leistungen, Sauberkeitsgewöhnung, Sprachentwicklung, Spielverhalten,

schulische Leistungen und die Intelligenz, damit die Untersucher sich ein Bild machen konnten von der Art der aufgetretenen Störungen.

c.) Spezielle Erkrankung:

Es wurde zu erfahren versucht, wann die Erkrankung begonnen bzw. zum erstenmal bemerkt worden sei, wie sie verlaufen ist und wie sich die Eltern zu ihrem kranken Kind stellen.

II. Befunde

Je nach Bedarf wurde die allgemeine Untersuchung durch ein EKG oder EEG , durch Röntgenbilder und Pneuroencephalogramm ergänzt.

Um die speziellen Entwicklungsstörungen genauer definieren zu können, wurden im Bereich des Spastikerkentrums und der Erziehungsberatungsstelle Spezialuntersuchungen durchgeführt. Hierbei wurden Tests durch eine Psychologin mitverwertet: Bühler- Heizer Test, Kramer und Hawik Intelligenztest, freie und gezielte Zeichnungen, Wartegg Zeichentest und Sceno-test.

ERGEBNISSE

A. Grund der Einweisung und Vorstellung

Im ersten Abschnitt über die Untersuchungsergebnisse soll dargestellt werden, warum die 130 Kinder zur Klinik gebracht wurden.

I. Frühgeborene

Insgesamt 14 Kinder kamen als Frühgeborene zur Aufzucht in die Klinik. Eine Übersicht über die Untersuchungsergebnisse und das Gedeihen gibt Tabelle 2.

Miß- bildung	Nabel- hernie	Hydro- cele	Trink- schwäche	Dys- trophie
1	2	1	1	1
Lebens- schwäche	gestorben	normal	gesamt	
1	2	5	14	

Tabelle 2 Übersicht über die Untersuchungsergebnisse und Gedeihen der 14 Frühgeborenen

Bei diesen 14 Kindern handelt es sich lediglich um die, die wegen ihrer Frühgeburtlichkeit in der Kinderklinik aufgezogen wurden. Die Zahl besagt nichts über die aufgetretene verkürzte Schwangerschaftsdauer nach exogenen Noxen während dieser Zeit.

1 Kind hatte eine Duodenalatresie bei Mongolismus, 2 hatten eine Nabelhernie, 1 eine Hydrocele, 1 war trinkschwach, 1 war dystroph, 1 war lebensschwach, 2 Kinder konnten

nicht durchgebracht werden. 1 von ihnen litt an einer Aspirationspneumonie, bei der Sektion fand man miliare, frische Lebernekrosen; bei dem 2. Kind bestand der Verdacht auf hyaline Membranen und Hirnblutung. 5 Kinder zeigten keine außergewöhnlichen Störungen und gediehen bis zur Entlassung normal.

II. Konstitutionelle Störungen

In diesem Abschnitt sind die Krankheitsbilder zusammengefaßt, deren Ursache in morphologisch faßbaren Störungen liegt. Von den 130 untersuchten Kindern entfallen 69 in diese Gruppe, das sind 53,0%.

1. Störungen des ZNS

Eine Übersicht über die festgestellten Schäden des ZNS gibt Tabelle 3. Insgesamt 59 der 130 untersuchten Kinder litten an cerebralen Störungen, das sind 45,3%.

cerebrale Lähmung	Anfalls- leiden	Intelligenz- defekt	gesamt
49	4	6	59

Tabelle 3 Übersicht über die Störungen des ZNS

49 Kinder waren cerebral gelähmt. Daneben zeigten sie noch Intelligenzdefekte und cerebrale Anfallsleiden. Eine Übersicht darüber gibt Tabelle 4.

Von den 49 im Spastikerzentrum untersuchten Kindern zeigten 43 eine reine Form und 6 eine Mischform der cerebralen Kinderlähmung.

Von den 43 Kindern waren 25 tetraspastisch, davon litten 10 außerdem an einem Anfallsleiden, 3 zeigten normale geistige Entwicklung, 8 waren debil, 11 imbezill und 3 idiotisch.

6 Kinder waren diplegisch, in keinem Fall trat ein Anfallsleiden auf, je 2 waren normal, debil, imbezill.

Das Bild der rechtsseitigen, spastischen Hemiplegie boten 4 Kinder, eines davon hatte ein Anfallsleiden.

Intelli- genz	keine Form.						Mischformen						ge- samt		
	spastische Tetraplegie		spastische Diplegie		spastische Hemiplegie		spastische Hemiplegie		Athetose		sp. Tetraplegie Ataxie			sp. Diplegie Ataxie	
	ohne Anfalls- lei- den	Anfalls- lei- den	ohne Anfalls- lei- den	Anfalls- lei- den	ohne Anfalls- lei- den	Anfalls- lei- den	ohne Anfalls- lei- den	Anfalls- lei- den	ohne Anfalls- lei- den	Anfalls- lei- den	ohne Anfalls- lei- den	Anfalls- lei- den		ohne Anfalls- lei- den	Anfalls- lei- den
nor- mal	1	2	2		2	1	2					1		1	13
de- bil		8	2	1	1	1	2		1			1		1	18
imbe- zill	8	3	2						1			1			15
idio- tisch	1	2													3
ge- samt	10	15	6	1	3	2	4	1	1		3		1	2	49

Tabelle 4

Differenzierung der cerebral gelähmten Kinder nach Art der Lähmung, Auftreten eines Anfallsleidens, nach Intelligenz

2 waren geistig normal entwickelt, 2 waren debil.

Linksseitig hemiplegisch waren 6 Kinder, 2 hatten ein Anfallsleiden. 3 waren geistig normal, 3 debil.

Das Bild der reinen Form der Athetose zeigten 2 Kinder. 1 litt zusätzlich an einem Anfallsleiden, 1 war debil, 1 imbezill.

6 Kinder boten das Bild einer Mischform cerebraler Lähmungen, in keinem Fall trat ein manifestes Anfallsleiden in Erscheinung. 3 hatten eine spastische Tetraplegie mit Athetosen, 1 eine spastische Diplegie kombiniert mit einer Ataxie und 1 bot das Bild einer Athetose mit einer Ataxie.

Insgesamt 13 der cerebral gelähmten Kinder waren geistig normal entwickelt, das sind 26,5%. 18 waren debil, das sind 36,7%. 15 waren imbezill, das sind 30,6%. 3 Kinder waren idiotisch, das sind 6,1%.

14 Kinder litten außerdem an einem Anfallsleiden, das sind 26,6%.

4 Kinder werden zur Untersuchung gebracht, weil Krämpfe aufgetreten waren. Eines hatte nach der Geburt Krampfzustände, die später nicht mehr auftraten. Die 3 anderen litten an einem cerebralen Anfallsleiden vom Typ Grand-mal; eines krampfte ab ersten Lebenstag, eines etwa ab 9. Lebensmonat und eines ab Ende des 3. Lebensjahres.

Bei 6 von den untersuchten Kindern bemerkte die Umgebung eine geistige Retardierung und trat mit dieser Fragestellung an den Untersucher heran. 3 waren debil, 3 waren imbezill.

2. Mißbildungen

10 Kinder zeigten Auffälligkeiten hinsichtlich innerer Organe im Thorax-, Bauch-, Beckenbereich, und im Bereich des blutbildenden Systems; das sind 7,7%.

Eine Übersicht über die Art der Störung gibt Tabelle 5.

Meningo- myelo- cele	Vitium cordis	Nieren- miß- bildung	Gallen- wegs- mißbdg.	Dysostosis cleido- cranialis
1	3	1	1	1

Lippen- spalte	Blutbildendes System	gesamt
1	2	10

Tabelle 5 Übersicht über die aufgetretenen Mißbildungen

1 Kind hatte eine Meningo- Myelocoele und zusätzlich einen Analprolaps. 3 hatten angeborene Herzfehler, das erste einen Ventrikelseptumdefekt mit Transposition der großen Gefäße, das zweite hatte zusätzlich lymphangiektatische Ödeme und einen Hakenfuß, das dritte mußte erst noch genaueren diagnostischen Maßnahmen unterstellt werden. 1 hatte eine Nierenmißbildung und 1 Mißbildungen der Gallenwege. Bei einem wurde eine Dysostosis cleidocranialis und bei einem eine Lippenspalte festgestellt. 2 hatten Erkrankungen des blutbildenden Systems, eines davon eine congenitale hypoplastische Anämie vom Typ Blackfan- Diamond, das andere starb noch ehe genauere diagnostische Maßnahmen vorgenommen worden waren.

III. Verhaltensstörungen

Im folgenden Kapitel sind die Kinder zusammengefaßt, die Auffälligkeiten in ihrem Verhalten aufwiesen. Von den 130 untersuchten Kindern gehörten 47 zu dieser Gruppe, das sind 36,1%.

Eine Übersicht über die aufgetretenen Schwierigkeiten gibt Tabelle 6.

statisch-geistige Entwicklungs- verzögerung	Essens- schwierig- keiten	Nervosität	
14	6	9	

affektive störun- gen	mangelnde soziale Anpassung	Schul- schwierig- keiten	gesamt
5	10	3	47

Tabelle 6 Übersicht über aufgetretene Verhaltens-
störungen

1. Statisch- geistige Entwicklungsverzögerung

14 Kinder wurden zur Klinik gebracht, weil die Eltern bemerkt hatten, daß das Kind sich nicht normal entwickelte. 7 von ihnen waren sowohl in der statischen als auch in der geistigen Entwicklung retardiert: zusätzlich hatte eines eine Cataracta congenita, eines litt an einem cerebralem Anfallsleiden. 5 waren geistig normal entwickelt, jedoch in der statischen Entwicklung retardiert. Bei 2 Kindern konnte über die geistige Entwicklung keine Aussage gemacht werden: sie kamen im Alter von 4 - 5 Monaten, da sie weder aus der Bauchlage noch aus der Rückenlage den Kopf heben konnten

2. Erziehungsschwierigkeiten

33 Eltern bzw. Erziehungspersonen suchten in der Erziehungsberatungsstelle Hilfe, da sie allein mit der Erziehung der Kinder nicht fertig wurden.

a.) Esschwierigkeiten

6 Kinder mußten zur Klinik gebracht werden, da sie die Nahrung verweigerten. 1 zeigte neuropathische Züge, war

mit 6 Jahren noch nicht schulreif und machte den Eltern Kummer, weil es nicht ordentlich essen wollte. Die 5 anderen mußten stationär behandelt werden, weil sie jegliche Nahrungsaufnahme verweigerten. In all diesen Fällen gaben die Eltern zu, daß sie das Kind eigentlich nicht gewollt haben.

b.) Nervosität

9 der untersuchten Kinder litten an abnorm großer Nervosität, bei 4 von ihnen kam es zu nervösem Erbrechen.

Von den 4 Kindern mit nervösem Erbrechen, spuckt eines seit dem 5. Lebensmonat. Jetzt ist es 8 Jahre alt, kommt in der Schule schlecht mit, hat nur geringes Aufgabebewußtsein und erbricht bei der geringsten Aufregung. 2 Kinder sind vegetativ labil, haben oft Kopfweh, sind unruhig und schlafen schlecht. 1 erbricht morgens, bevor es zur Schule geht, es kann sich nur schlecht eingewöhnen.

Bei den 5 anderen Kindern klagen die Mütter über eine Nervosität, die über das übliche Maß hinausgeht. Es treten Schlafstörungen auf, die Kinder schreien nachts auf, schlafen nicht durch und schwitzen leicht. In der Schule sind sie unruhig, können nicht stillsitzen.

c.) Affektive Störungen

In starkem Maß treten bei 4 Kindern Wutanfälle auf. Ein Mädchen läßt sich hinfallen, schlägt mit dem Kopf an Möbelstücke bis sie blaue Flecke hat. Das macht sie 4 - 5 mal am Tag. Nachts schläft sie schlecht. Bei den 3 anderen kommt es zu ähnlichen überschießenden Trotzreaktionen.

1 Mädchen wird gebracht, weil sie sich mit 5 1/2 Jahren so "seltsam" benimmt. Sie ist manchmal wie abwesend, lispelt dauernd vor sich hin, sagt, sie sehe in der Ecke Luftgestalten. Sie begrüßt diese Gestalten mit einem Knicks und "guten Tag". Sie hört Stimmen, ist oft sehr trotzig, erzählt wirr.

d.) Mangelnde soziale Anpassung

Eine Übersicht über die aufgetretenen Schwierigkeiten gibt Tabelle 7. Insgesamt 10 Kinder wurden deshalb gebracht.

Wegnehmen	Streunen	Kontaktschwäche	gesamt
5	3	2	10

Tabelle 7 Übersicht über die Arten der mangelnden sozialen Anpassung.

5 Kinder wurden zur Beratungsstelle geschickt, da sie etwas weggenommen hatten. Sie zeigten außerdem noch andere Störungen in ihren Beziehungen zur Umwelt. 1 nimmt zu Hause Geld weg, um sich Micky-Maus Hefte zu kaufen oder um ins Kino zu gehen. In der Schule sagt er Unwahrheiten, kommt dort schlecht mit, obwohl er normal begabt ist. Die Eltern wollen ihn in ein Heim geben, weil sie sich ganz dem jüngeren, mongoloiden Kind widmen wollen. 1 leidet außerdem noch an Enuresis nocturna und sagt nicht immer die Wahrheit. 1 hat außerdem Schulschwierigkeiten, sagt nicht immer die Wahrheit, ist schlampig, schläft nachts unruhig. 2 streunen den ganzen Tag herum.

Wegen Streunens kommen 3 Kinder zur Beratung. 1 ist ein uneheliches Kind eines Amerikaners, er hat noch einen Bruder, ebenfalls von einem Amerikaner. Der Aufenthaltsort der Mutter ist unbekannt, die Oma muß die Kinder versorgen. Der Junge ist mit 8 1/2 Jahren unselbstständig, ist wehleidig wie ein kleines Kind, schläft nachts unruhig und macht manchmal noch ins Bett. Ein zweites streunt und ist jähzornig. Ein drittes, ein acceleriertes Mädchen, läuft Männern nach und gehorcht der Mutter nicht. Sie kann sich sozial nicht einordnen.

2 Kinder können keinen richtigen Kontakt zur Umwelt finden und sich sozial nicht einordnen. Eines hatte ab 2. Lebensjahr Schlafstörungen. Mit 6 Jahren findet es

keinen Kontakt zu anderen Kindern, und wenn diese mit ihm spielen, machen sie mit ihm, was sie wollen. Der andere ist ein Einzelgänger und kann sich mit niemanden anfreunden. Er ist am liebsten allein, manchmal sagt er auch, daß er am liebsten sterben würde. Bis zum 7. Lebensjahr schrie er nachts oft auf.

e.) Schulschwierigkeiten

In 3 Fällen kamen die Eltern, da ihre Kinder Schulschwierigkeiten hatten. 1 ist mit 9 Jahren noch verspielt, arbeitet langsam und kann sich nicht konzentrieren. Ein zweites ist mit 13 Jahren noch verspielt, drückt sich vor den Aufgaben, lehnt sich gegenüber Erziehungsmaßnahmen nicht auf. 1 Kind wird gebracht, weil die Eltern sich nicht sicher sind, ob ihr Kind schulreif ist. Es ist normal begabt, bockt aber bei aufkommenden Schwierigkeiten, ist nachts unruhig und hat oft Angst.

B. Ereignisse während der Gravidität

In diesem Abschnitt sollen die anamnestischen Angaben über den Schwangerschaftsverlauf in Bezug auf äußere Traumen und innere Konflikte zusammengestellt werden. Es wird der Zeitpunkt und die Dauer des Ereignisses und die unmittelbaren Folgen darauf berücksichtigt. Die innere Haltung der Mutter zur exogenen Noxe wird mit in die Untersuchung einbezogen.

I. Art der Ereignisse

Die angegebenen Traumen wurden in zwei Hauptgruppen unterteilt: äußere Traumen - innere Traumen. Eine gesonderte Tabelle gibt Auskunft über die Abhängigkeit der Traumen von Berufstätigkeit und Unehelichkeit der Mutter. Insgesamt 99 machten ein äußeres Trauma für die aufgetretenen Störungen verantwortlich, das sind 76,1%. 31 stellten ein inneres Trauma in den Vordergrund, das sind 23,9%. Eine Übersicht über die angegebenen Traumen gibt Tabelle 810.

Bei den morphologisch gestörten Kindern gaben 58 ein äußeres Trauma an - bei den funktionell gestörten 29, also ein Verhältnis von 2:1. Bei den inneren Traumen waren 9 morphologisch gestört und 20 funktionell, also etwa im Verhältnis 1:2.

Im Einzelnen gaben die Mütter folgende Ereignisse während der Schwangerschaft an:

Von den 99 Angaben über äußere Einwirkungen entfallen 47 auf die Aussage, daß die Mutter während der Gravidität gestürzt sei. Bei 37 von ihnen handelt es sich um einen Sturz zu ebener Erde, z.B. bei Glatteis, beim Skilaufen, durch Ausrutschen oder Stolpern u.ä.

10 Mütter stürzten auf der Treppe hin, wobei es zu mechanisch schwerer einwirkenden Kräften kam.

6 Mütter bekamen einen Schlag auf ihren Körper, 3 von ihnen in die Seite, und bei 3 war die Gewalteinwirkung direkt auf den Bauch. 2 stammten aus der Landwirtschaft und wurden durch ausschlagende Kühe verletzt. 2 stießen

I. Äußere Traumen	Früh- gebo- rene	morpholo- gische Störg.	funktio- nelle Störg.	gesamt
A. Fallen				
a. Sturz	9	20	8	37
b. Treppe	1	5	4	10
B. Stoß				
a. Seite		3		3
b. Bauch		2	1	3
C. Ver- a. Fahrr.		5	2	7
kehrs- b. Kraftr.	1	2		3
un- c. Auto			1	1
fäl- d. ohne An-				
le gabe	1	2		3
e. Dresch-				
maschine		1		1
D. Elek- a. Sturz		1	2	3
trounf. b. ohne St.		1		1
E. Überan- a. Heben		2	1	3
strengg b. Arbeit		6	2	8
c. Tanzen			1	1
F. Opera- a. Unterleib		5	2	7
tio- b. Brust		1		1
nen c. Kopf			2	2
G. Medi- a. Abf. mittel		1		1
kam. b. Schlaftabl.			1	1
H. Abtrbg.		1	2	3
=====				
II. Innere Traumen				
A. Unehelichkeit		1	1	2
B. Unerwünscht		1	7	8
C. Eheschwierigk.		1	4	5
D. Geschlagen	1		1	2
E. Aufregung		2	1	3
F. Streit		2	1	3
G. Schreck		2	1	3
H. Soziale Not			1	1
I. Nervosität			1	1
K. Endogene Psych.	1		2	3
Gesamt:	14	67	49	130

Tabelle 8 Übersicht über die aufgetretenen Schwangerschafts-
störungen

sich an Möbeln, bei 1 handelte es sich um einen Arbeitsunfall, 1 gab lediglich an, einen Schlag auf den Leib erhalten zu haben.

15 Mütter wurden in einen Verkehrsunfall verwickelt. 7 stürzten vom Fahrrad, bei 3 kam es zu schweren Motorradunfällen, bei einem wurde der Fahrer getötet. Der Autounfall wurde durch Trunkenheit am Steuer verursacht, wobei der Mutter einige Zähne eingeschlagen wurden.

3 sprachen lediglich von schweren Verkehrsunfällen, ohne genauere Angaben zu machen, welcher Art diese Unfälle waren.

1 Mutter verunglückte wiederum in der Landwirtschaft, sie geriet mit einem Bein in den Treibriemen der Dreschmaschine.

4 kamen mit elektrischem Strom in Berührung. 3 kamen dabei zu Fall, 1 war kurze Zeit bewußtlos und bekam einen Weinkrampf.

12 mal wurde der Untersucher darauf hingewiesen, daß sich die Mutter während der Schwangerschaft überanstrengt habe. 3 Mütter hatten sich überhoben. 8 mal mußten die Mütter längere Zeit bzw. die ganze Zeit schwere körperliche Arbeit verrichten. In einem Fall hatte die Mutter gegen Ende der Schwangerschaft die ganze Nacht durchtanzt, und wenige Stunden später kam es zur Geburt.

10 Mütter mußten sich einer Operation unterziehen, 7 mal mußte der Bauchraum eröffnet werden (5 mal Appendektomie, 1 mal Ileus, 1 Nabelbruch). Bei einer Schwangeren mußte ein Tumor der Mamma entfernt werden. Bei 2 waren nur etwas kleinere Eingriffe notwendig: in einem Fall mußte ein vereiterter Zahn gezogen werden, und im anderen mußte wegen einer Otitis media eine Paracentese durchgeführt werden. 2 hatten im Übermaß Medikamente genommen - eine ein starkes Abführmittel (angeblich auf ärztlichen Rat) - die andere machte einen Suicidversuch mit Schlaftabletten, da sie sich der 4. Schwangerschaft nicht gewachsen fühlte. 3 Mütter gaben zu, einen Abtreibungsversuch unternommen zu haben. Eine gab nicht an, auf welche Weise sie die

Abteibung versucht hatte. In einem Fall nahm die Mutter zunächst Chinintabletten, als diese nicht im erwarteten Sinn wirkten, probierten sie es mit Cervixeinlagen und Luftinsufflationen. Im letzten Fall trank die Mutter einmal intensiv Wodka, dann mehrfach manuelle Manipulationen und Kernseifenspülungen. Diese letzte Gruppe leitet schon über zu den inneren Konflikten, da man hier mit Sicherheit sagen kann, daß diese Kinder nicht erwünscht waren.

Bei 31 Frauen spielte ein inneres Trauma eine dominierende Rolle.

Bei 2 Müttern kam es zu großen Schwierigkeiten innerhalb der Verwandtschaft, da sie uneheliche Kinder erwarteten. - Eine Zusammenstellung über die Gesamtzahl der unehelich geborenen Kinder von den 130 untersuchten wird im nächsten Kapitel gegeben. Hier sind nur die aufgeführt, bei denen es zu besonders großen Belastungen wegen der Unehelichkeit kam. - In einem Fall stammte die Mutter aus gut bürgerlichem Haus, sie studierte noch, und ihre Eltern lebten in der Ostzone. Sie mußte sich ganz alleine durchkämpfen, da der Vater des Kindes bereits verheiratet war. Bei der zweiten unehelichen Mutter lagen die Verhältnisse ähnlich: gut bürgerliches Haus - Vater des Kindes verheiratet. Sie trank viel Alkohol, rauchte 20 - 30 Zigaretten am Tag, um die quälenden Gedanken zu verscheuchen. Sie ging dann 4 Monate ins Ausland, um der Schande und dem Gerede der Leute zu entgehen. Die letzten Monate verbrachte sie als Hausschwangere.

8 Mütter gaben zu, daß das Kind unerwünscht war. Eines war unehelich - die Eltern der Schwangeren schlugen ihre Tochter deshalb und verwiesen sie von zu Hause. Der Vater des Kindes verlangte die Abtreibung, er konnte die Mutter nicht heiraten. In einer Familie waren schon 2 Kinder, und ein drittes war nicht geplant. In 4 Familien war zwar Kinderwunsch vorhanden, doch wollten die Eltern erst noch ungebunden sein, Geld verdienen, schöne Reisen machen, ehe sie sich durch ein Kind binden wollten. 1 Mutter wollte aus verständlichen Gründen kein Kind mehr: sie

hatte zwei Kinder mit Tay-Sachs-Idiotie geboren. Im letzten Fall wurde nur gesagt, man habe kein Kind gewollt. Von diesen 8 Kindern zeigten 7 später Erziehungsschwierigkeiten: 2 verweigerten die Nahrung und 5 konnten sich in den Familien nicht anpassen. Als Beispiel soll ein Fall herausgegriffen werden.

Fall: 1

In der Familienanamnese ist nichts Auffälliges bekannt. Nach der Eheschließung trat bald die Schwangerschaft ein, obwohl die Mutter eigentlich noch kein Kind wollte. Sie fühlte sich nicht wohl, mußte erbrechen, war blutarm und immer nervös. Nach normaler Schwangerschaftsdauer wird Brigitte durch Zangenextraction geboren, Geburtsgewicht 4250g. Sie gedeiht gut. Die einzelnen Entwicklungsstufen werden normal durchlaufen. Brigitte ist 12 1/2 Jahre alt, wie ihre Mutter zur Erziehungsberatungsstelle kommt, um sich Rat zu holen. Sie kommt mit der Tochter nicht zurecht. Brigitte macht in der Schule Schwierigkeiten, lügt, ist schlampig und nimmt weg.

Von der Psychologin wird festgestellt, daß das Verhältnis Mutter - Tochter gestört ist. Nach der Geburt gab die Mutter ihr Kind erst mal in ein Heim, um sich von den Strapazen der Schwangerschaft und Geburt erst mal zu erholen. Interesse hatte sie nicht für ihr Baby. Dann nahm sie sie nach einem Jahr zu sich, um sie im Alter von 3 1/2 wieder wegzugeben, da sie lieber zur Arbeit gehen will. Diesemal kommt Brigitte zur Großmutter für ein 3/4 Jahr. Jetzt ist noch ein Schwesterchen von 1 1/2 Jahren da, um dieses kümmert sich die Mutter mit viel Liebe, sie hat sich das Kind auch gewünscht. Der ganze Tagesablauf wird auf die kleine Schwester zugeschnitten, so daß die Große sich ganz ausgeschlossen vorkommen muß.

Dieser Fall macht deutlich, wie aus der von vornherein bestehenden Abneigung eine dauernde Ablehnung gegenüber dem Kind entsteht. Diese versucht sich zu helfen, indem es in irgendeiner Weise auffällig reagiert, um auch einmal beachtet und umsorgt zu werden.

5 Mütter klagten über Eheschwierigkeiten in der Gravidität. In einem Fall lief gerade der Scheidungsprozeß und der Vater nahm zu Hause Geld weg. Er betrank sich, und wenn er dann nach Hause kam, kam es zu Tötlichkeiten. Ein Vater wollte kein Kind und behandelte deshalb seine Frau "seltsam", da er sie dafür verantwortlich machte. 1 Mutter wurde vom Vater geschlagen, als sie im 6. Monat war. Ein

betrunkener Vater schlug seine Frau ebenfalls, sie hatte ihn nur geheiratet, weil sie ein Kind von ihm hatte. Auch bei der nächsten spielte der reichliche Alkoholgenuß des Vaters eine Rolle, außerdem hatte er während dieser Zeit ein Verhältnis mit einer Verkäuferin.

2 Mütter gaben an, daß sie hart geschlagen wurden. Eine wurde von ihrem Vater so geschlagen, daß sie einen Arzt aufsuchen mußte. Als sie im 5. Monat war, wurde der Vater des Kindes wegen Einbruchs verhaftet und eingesperrt. Auch die andere Schwangere begab sich in ärztliche Behandlung, nachdem sie geschlagen worden war.

3 Mütter hatten sich während der Schwangerschaft sehr aufregen müssen, wobei immer traurige Gründe die Aufregung veranlaßten. Bei einer Schwangeren mußte die Mutter operiert werden, bei der zweiten starb die Mutter und bei der dritten verunglückte der Vater mit dem Auto.

3 führten die Schwierigkeiten mit ihren Kindern auf Streitigkeiten während der Gravidität zurück. In einem Fall war es nach dem Streit mit den Schwiegereltern zum vorzeitigen Blasensprung gekommen. Die zweite berichtete, daß nach einem Streit am Abend, nachts die Wehen eingesetzt hätten. Die dritte machte wiederholte Mietstreitigkeiten für die Störungen beim Kind verantwortlich.

3 Mütter hatten sich erschreckt und suchten damit einen Zusammenhang mit den aufgetretenen Schwierigkeiten. Eine mußte einen Bombenangriff am Ende des Krieges erleben. In einem Fall setzten nach einem Schreckerlebnis die Wehen ein; und auch bei der dritten kam es nach dem Schrecken zur sofortigen Geburt. Die Ursache des Schrecks wurde nicht näher definiert.

1 Mutter verlor ihren Arbeitsplatz, weil sie schwanger war. Sie hatte keine Wohnung, schlief nachts im Park oder in einem Hausflur. Das Kind stammte aus Mehrverkehr, der mutmaßliche Vater verlangte eine Abtreibung. Sie hatte oft nichts zu essen, fühlte sich elend und schwach und trieb sich mit Amerikanern herum. Die Schwangerschaft war ihr vollkommen gleichgültig.

1 Mutter führte die Schwierigkeiten auf ihre Nervosität zurück. Sie habe sich vom Krieg her nicht richtig erholen können.

3 Mütter hatten endogene Psychosen, in zwei Fällen handelte es sich um Schizophrenie und in einem Fall um eine Schwangerschaftspsychose. 1 von den Kindern kam als Frühgeborenes zur Aufzucht, es wurde später nicht mehr untersucht, Die beiden anderen zeigten funktionelle Störungen. Diese Kinder sind einmal endogen schon belastet, außerdem wirkt sich die Geisteskrankheit der Mutter direkt im Milieu auf sie aus, so daß es hier zu einer Summation von endogenen und exogenen Momenten kommt. Ein einzelner Fall soll die Situation genauer verdeutlichen.

Fall 2

In der Familienanamnese wird angegeben, daß die Mutter wegen mehrmaliger Schübe von Schizophrenie in der Nervenklinik in Behandlung war. Zum erstenmal 4 Jahre vor der Geburt des Kindes. Das Kind ist unehelich. Es wird normal geboren mit einem Gewicht von 3300g. Es gedeiht gut. Über die Entwicklungsdaten weiß die Mutter nur wenig zu sagen, sie weiß nur, daß er mit 1 1/2 Jahren laufen gelernt hat.

Mit beinahe 10 Jahren kommt Rolf zur Beratung, da er zu verwahrlosen droht. Er ist sehr verspielt, hat keine Ausdauer, kann sich nicht konzentrieren und muß deshalb zur Hilfsschule, obwohl er normal begabt ist. Die Mutter ist psychisch gestört und kann ihn nicht erziehen. Sie behandelt ihn wie ein kleines Kind.

Mit 2 Jahren war er für 8 Monate in einem Heim, da die Mutter einen Beinbruch erlitten hatte. Mit 5 1/2 Jahren kam er wieder in ein Heim, da die Mutter erneut in die Nervenklinik mußte. Er bleibt dort 3 1/2 Jahre. Die Mutter fühlt sich von allen schlecht behandelt und betrogen, sie ist sehr depressiv veranlagt. Sie bewohnt mit dem Sohn ein Zimmer und Küche.

Es wird geraten, ihn wieder in ein Heim zu geben, da die Mutter nicht in der Lage ist, ihn zu erziehen.

II. Beziehung der Unfälle zu Berufstätigkeit und Zivil- stand der Mutter.

Aus der Unfallpsychologie wissen wir, daß sehr oft ein Unfall kein zufälliges Ereignis darstellt, sondern manchmal eine Disposition dafür vorhanden ist. Nach Ärger, Streit, Mißerfolgen u.ä. erleiden die Menschen öfter einen Unfall, als wenn sie ausgeglichen sind. Im folgenden Abschnitt wird der Versuch gemacht, einzelne Beziehungen der Unfallhäufigkeit zu seelischen Nöten und körperlichen Überlastungen herzustellen. Aus den anamnestischen Angaben geht natürlich nie jede Schwierigkeit hervor, sodaß hier nur auf Unehelichkeit des Kindes und Berufstätigkeit der Mutter Bezug genommen werden konnte. Jedes uneheliche Kind stellt zunächst eine psychische Belastung dar, bis sich die Umgebung an den Gedanken gewöhnt hat und sich damit abgefunden hat. Die zusätzliche Berufstätigkeit der Mutter verlangt größeren Einsatz von körperlichen Kräften von der Schwangeren, was sich auch auf die innere Ausgeglichenheit auswirkt. Dazu kommt, daß gerade die unehelichen Mütter im Berufsleben stehen.

Insgesamt 37 der 130 untersuchten Kinder sind unehelich zur Welt gekommen, das sind 28,4%.

Bei insgesamt 61 der 130 untersuchten Kinder war die Mutter während der Schwangerschaft außerhalb des Haushalts beschäftigt. Es wurden die Frauen, die in der Landwirtschaft arbeiteten mitgerechnet, es sind zusammen 46,9%.

Von den 61 berufstätigen Müttern erwarteten 24 ein uneheliches Kind, das sind 25,4%.

Eine Übersicht über die Beziehungen zwischen Art des Unfalles und der Berufstätigkeit und Zivilstand der Mutter gibt Tabelle 9.

Von den 47 Müttern, die während der Gravidität gestürzt sind, standen 8 im Berufsleben, 6 waren in der Landwirtschaft tätig, das sind 29,7%. 11 Mütter erwarteten ein uneheliches Kind, 7 von ihnen waren gleichzeitig

I. Äußere Traumen		Berufs- tätig	Land- wirt- schaft	unehelich im Beruf	
A. Sturz	a. Fallen	6	6	9	6
	b. Treppe	2		2	1
B. Stoß	a. Seite		2		
	b. Bauch	1			
C. Ver-	a. Fahrrad	3	1	5	3
kehrs-	b. Kraftrad	2		2	2
unf.	c. Auto	1		1	1
	d. ohne Angb.	1			
	e. Dreschmasch.		1		
D. Elektro.	a. Sturz	1			
E. Überan-	a. Heben	2	1	1	1
strengg.	b. Arbeit	6		1	1
	c. Tanzen	1		1	1
F. Operat.	a. Unterl.	3		2	2
	c. Kopf	1		1	
H. Abtreibg.		2		2	1
=====					
II. Innere Traumen					
A. Unehelichkeit		2		2	2
B. Unerwünscht		5		1	1
C. Eheschwierigkeiten		2			
D. Geschlagen		2		2	
E. Aufregung		1		2	1
F. Streit		1			
G. Schreck			1		
H. Soziale Not		1		1	1
I. Nervosität		1			
K. Endogene Psychose		2		2	
gesamt		49	12	37	24

Tabelle 9 Die Beziehungen zwischen Unfallshäufigkeit und Berufstätigkeit und Zivilstand der Mutter

berufstätig.

Die besondere Exposition in landwirtschaftlichen Betrieben wird bei den Müttern deutlich, die einen Schlag auf den Leib erhielten. Von den 3 Schwangeren, die in die Seite gestoßen wurden, stammten 2 aus dem bäuerlichen Arbeitsbereich. Es handelte sich auch um landwirtschaftliche Unfälle: eine ausschlagende Kuh traf die Frauen in die Seite.

15 Frauen erlitten einen Unfall im Straßenverkehr. 9 von ihnen waren berufstätig, das sind 60%. 8 erwarteten ein uneheliches Kind, das sind 53,3%. 6 waren sowohl berufstätig als auch ledig, das sind 40%. Bei diesen Unfällen tritt eine besonders große Häufung von Berufstätigkeit und Unehelichkeit auf. Es ist insofern verständlich, als gerade die berufstätige Frau, die nach dem "Feierabend" im Geschäft oder Fabrik nicht mit den Gedanken nach Hause gehen kann, sich nun auszuruhen, sondern sie ist mit ihren Gedanken schon bei ihrem Haushalt, sie überlegt und plant noch Einkäufe, Essenkochen, Säubern usw. Es genügt meist ein Augenblick der Unkonzentriertheit und schon ist der Unfall geschehen. Die ledige Frau sieht vielleicht schon mit Grauen den neuen Auseinandersetzungen zu Hause entgegen, oder sie sorgt sich, was nun werden soll, und schon stürzt sie vom Fahrrad oder liegt unter einem Auto.

Von den 4 Frauen, die einen Elektrounfall erlitten, war 1 berufstätig. Es handelte sich hierbei um einen Arbeitsunfall, und später versucht sie die Schwierigkeiten mit dem Kind immer darauf zurückzuführen.

12 Frauen klagten über Überanstrengung während der Schwangerschaft. 10 von ihnen waren außerhalb ihres Haushalts noch beruflich tätig, das sind 83,3%. Nur 3 waren ledig. Dieser hohe Prozentsatz hängt damit zusammen, daß in diesem Kapitel von vornherein überlastete Hausfrauen aufgeführt sind.

10 Frauen mußten während der Schwangerschaft operiert werden. 4 von ihnen waren berufstätig, 3 waren ledig.

Von den 3 Müttern, die eine Abtreibung zugegeben hatten, standen 2 im Berufsleben, von diesen beiden war eine ledig. Die 3. erwartete ebenfalls ein uneheliches Kind. Häufig führen materielle Gesichtspunkte zu dem Entschluß, das Kind abzutreiben. Die Eltern meinen, sie hätten nicht genug Geld für einen weiteren Esser am Familientisch, oder die Mutter möchte lieber in ihrem Beruf noch eine Zeitlang arbeiten, statt ein Kind aufzuziehen. Der letzte Gesichtspunkt spielt oft bei Jungverheirateten eine Rolle. Oder aber es sind Prestige- Fragen, die zur Abtreibung veranlassen, das spielt meist bei ledigen Müttern eine Rolle. Ein typisches Beispiel hierfür ist Fall 3.

Fall 3

In der Familienanamnese sind keine Besonderheiten bekannt. Nach einer normalen Schwangerschaftsdauer und komplikationsloser Geburt entwickelt sich das Kind zunächst normal. Das Geburtsgewicht betrug 3000g. Im Alter von 1 1/2 Jahren wird es zur Untersuchung gebracht, da es sich statisch und geistig nicht normal entwickelt.

Die Mutter gibt zur Schwangerschaftsanamnese an: es ist das 2. Kind. Sie selbst hilft im eigenen Geschäft mit. Das Kind war unerwünscht, deshalb wurde auch die Abtreibung versucht. In den ersten 3 Wochen nimmt die Mutter Chinintabletten, als dies nichts hilft, werden Cervixeinlagen zur Cervixerweiterung gemacht und Luftinsufflationen durchgeführt. Das Kind kommt trotzdem zur Welt.

Da das Kind nur im Weg ist und viel Arbeit macht, wird es zunächst für 8 Wochen in einem Kinderheim untergebracht. Später nimmt es die Mutter zu sich, doch kümmert sie sich nur sehr wenig um das Kind.

Unter den 31 Müttern, bei denen mehr eine seelische Not während der Schwangerschaft dominierte, waren 17 berufstätig, eine stammt aus der Landwirtschaft, das sind 58,1%. Auffallend ist, daß nur eine Frau aus dem Bauernhof stammt. Unter den 17 anderen löste aber die Berufstätigkeit die Schwierigkeiten erst aus. Das wird daraus deutlich, daß von 8 Müttern 5 im Berufsleben standen, die sich kein Kind wünschten, um ihren Beruf ausüben zu können. Sie lehnten ihr Kind

deshalb ab. Ein Beispiel für die oft schwierige Situation solcher Frauen ist Fall 4.

Fall 4

Zur Familienanamnese wird angegeben: die Mutter ist sehr nervös, der Vater vom Krieg her hirnverletzt, er hat narkolepsieartige Zustände. Nach normaler Schwangerschaft wird das Kind mit einem Gewicht von 3750g aus Steißlage geboren. Mit 11 Jahren kommt es zu Beratungsstelle, da es an Pavor nocturnus leidet und am Tag herumstreunt. Zur Situation während der Schwangerschaft gibt die Mutter folgendes an: sie selbst war berufstätig, mit dem Geld finanzierte sie das Studium des Mannes. Er wollte das Kind nicht, da es in die derzeitigen Pläne der Familie nicht hineinpaßte. Aus diesem Grunde mißhandelte er auch seine Frau. Später überträgt er den Haß auf das Kind. Als seine Frau dann wieder zur Arbeit geht, muß er auf das Kind aufpassen. Wenn er in eine Vorlesung muß, wird das Kleine zu einer Nachbarin gegeben. Wie das Kind 1 1/2 Jahre alt ist, schlägt er es einmal so, daß es eine Platzwunde am Kopf bekommt. Die Ehe wird später geschieden.

Daneben macht natürlich die physische Überlastung die schwangere Frau anfälliger für Aufregung, Streitigkeiten, Verstimmungen usw.

Insgesamt 10 von 31 Müttern, die ein inneres Trauma während der Schwangerschaft erlitten, waren ledig, das sind 32,3%. In der heutigen Gesellschaftsstruktur gilt es als Schande, ein uneheliches Kind zur Welt zu bringen. Gerade in bürgerlichen Häusern löst ein solches Ereignis häufig Katastrophen in den Familien aus. Daß eine solche Mutter dann in seelische Schwierigkeiten gerät, ist nur allzu verständlich. Manche Mütter berichten beinahe wörtlich von solchen Situationen. Ein Beispiel ist Fall 5.

Fall 5

Die Familienanamnese lautet: die Mutter litt an Otoklerose, der Vater wurde im Krieg verletzt. Nach normaler Schwangerschaft wird das Kind mit einem Gewicht von 2100g geboren. Mit 13 Jahren bringt die Mutter den Sohn, da er in der Schule nicht mitkommt, verspielt ist und sich nicht allein beschäftigen kann. Die Schwierigkeiten während der Schwangerschaft schil-

dert die Mutter folgendermaßen: sie erwartet ein uneheliches Kind, das bedeutet eine Katastrophe. Sie selbst stammt aus gutbürgerlichem Haus und war verlobt. Wie nun das Kind bereits unterwegs ist, stellt sich heraus, daß der Verlobte schon verheiratet ist. Ihre Eltern leben in der Ostzone, sie studiert in Westdeutschland. Sie fühlt sich sehr unglücklich und weint viel. Die ersten 5 Jahre verbringt der Junge bei der Oma und bei Cousinsen. 4 Jahre nach der Geburt des Kindes heiratet die Mutter einen anderen Mann. Nach einem Jahr holen sie den Jungen zu sich.

III. Zeitpunkt der Einwirkung

Nach den anamnestischen Angaben über den Zeitpunkt der Einwirkung des äußeren Ereignisses wurde Tabelle 10 zusammengestellt. Da die Eltern meist in Kalendermonaten rechnen, wurden die Daten gleich so verwendet, um durch eine Umrechnung in Lunarmonate nicht unnötig Fehlerquellen zu schaffen. Eine Spalte wurde mit einem ? versehen, das bedeutet, daß rückwirkend nicht zu eruieren war, wann der Unfall war. Außerdem wurden die gesondert aufgeführt, bei denen sich die Ereignisse über einen längeren Zeitraum erstreckten - es handelt sich in jedem Fall um innere Nöte -. Gesondert wurden noch die aufgeführt, bei denen es sofort zur Geburt kam durch das Ereignis.

Bei insgesamt 3 Müttern war das Ereignis im 1. Monat ($\approx 2,3\%$), bei 2 Müttern im 2. Monat ($\approx 1,5\%$), bei 10 Müttern im 3. Monat ($\approx 7,7\%$), bei 9 Müttern im 4. Monat ($\approx 6,9\%$), bei 8 Müttern im 5. Monat ($\approx 6,1\%$), bei 7 Müttern im 6. Monat ($\approx 5,4\%$), bei 15 Müttern im 7. Monat ($\approx 11,5\%$), bei 15 Müttern im 8. Monat ($\approx 11,5\%$), bei 1 Mutter im 9. Monat ($\approx 0,8\%$), bei 17 Müttern war keine genaue Zeitbestimmung möglich ($\approx 13,1\%$), bei 31 Müttern wirkte ein inneres Trauma längere Zeit oder die ganze Zeit ($\approx 23,8\%$), bei 12 Müttern kam es sofort zur Geburt ($\approx 9,2\%$).

Von den insgesamt 47 Müttern, die gestürzt waren, gaben 3 den dritten Monat, 4 den vierten, 3 den fünften, 4 den sechsten, 13 den siebenten, 9 den achten, 1 den neunten Monat als Zeitpunkt an. Bei 5 war kein genauer Zeitpunkt festzustellen, und bei 5 kam es sofort zur Geburt, 4 von ihnen kamen als Frühgeborene zur Welt, 1 Mutter war gerade am errechneten Termin.

Von den 6 Müttern, die einen Stoß auf den Leib erhielten, waren 2 im fünften Monat, 2 gaben keinen Zeitpunkt an, bei 2 kam es zur sofortigen Geburt, 1 war ein Frühgeborenes und 1 normalzeitig geboren.

15 Mütter erlitten einen Verkehrsunfall, 5 im drit-

ten Monat, 4 im vierten, 1 im fünften, 3 im achten, 2 gaben kein genaues Datum an.

Bei 4 kam es zum Elektrounfall, 1 im fünften, 1 im sechsten, 1 im achten Monat, 1 gab nicht an, wann es zum Unfall kam.

12 Mütter klagten darüber, daß sie sich hätten überanstrengen müssen. 1 konnte keinen genauen Zeitpunkt angeben, bei 7 dauerte die schwere Arbeit längere Zeit oder die ganze Zeit an, bei 4 Frauen kam es zur Geburt, alle waren es Frühgeborene.

10 mußten sich operieren lassen, 2 im ersten Monat, 2 im zweiten, 1 im dritten, 1 im vierten, 1 im sechsten, 1 im siebenten und 2 im achten Monat.

Eine Überdosis an Medikamenten nahmen 2 Schwangere. 1 war im dritten Monat, die andere hatte keinen Zeitpunkt angegeben.

3 machten Abtreibungsversuche, 1 im ersten Monat, 2 gaben keinen genauen Zeitpunkt an.

Bei den inneren Traumen handelt es sich in 24 Fällen um ein längeres Bestehen der inneren Nöte. Von den beiden Müttern, die während der Schwangerschaft geschlagen wurden, war die eine im sechsten Monat, die andere wußte nicht mehr genau, wann es war..

3 hatten sich sehr erschreckt, eine im siebenten Monat, bei einer waren Kriegszeiten mit Bombenangriffen, sodaß eine längere Zeit angenommen werden muß, bei einer kam es sofort nach dem Schrecken zur Geburt, es war 3 Wochen vor dem errechneten Termin.

3 Frauen litten an endogener Psychose, eine hatte im 5. Monat eine Schwangerschaftspsychose. Bei den beiden anderen war wegen der starken Wesensveränderung keine genaue Zeitangabe mehr zu erhalten.

Monat:

I. Äußere Traumen		1	2	3	4	5	6	7	8	9	?	län- ger	Ge- burts- jahr	ge- burt sekt
A. Fallen	a. Sturz			2	3	3	3	10	7	1	4		4	37
	b. Treppe			1	1		1	3	2		1		1	10
B. Stoß	a. Seite					2					1			3
	b. Bauch										1		2	3
C. Verkehrs- unfälle	a. Fahrrad			3	1				2		1			7
	b. Kraftrad			2	1						1			3
	c. Auto										1			1
	d. ohne Angabe				1	1			1					3
	e. Dreschmaschine				1									1
D. Elektro- unfälle	a. Sturz					1	1		1					3
	b. ohne Sturz										1			1
Überanstren- gung	a. Heben										1		2	3
E.	b. Arbeit											7	1	8
	c. Tanzen												1	1
F. Operation	a. Unterleib	1	1	1	1		1	1	1					7
	b. Brust	1												1
	c. Kopf			1					1					2
G. Medika- mente	a. Abführm.			1										1
	b. Schlafm.										1			1
H. Abtreibg- versuche		1									2			3
II. Innere Traumen														
A. Unehelichkeit												2		2
B. Unerwünscht												8		8
C. Eheschwierigkeiten												5		5
D. Geschlagen							1			1				2
E. Aufregung												3		3
F. Streit												3		3
G. Schreck								1				1	1	3
H. Soziale Not												1		1
I. Nervosität												1		1
K. Endogene Psychose						1					2			3
GESAMT:		3	2	10	9	8	7	15	15	1	17	31	12	130

Tabelle 10

Zeitpunkt der Einwirkung der Traumen

IV. Unmittelbare Folgen auf das Ereignis

In diesem Abschnitt sollen die objektiven und die subjektiven Folgen auf das Ereignis während der Gravidität zusammengestellt werden.

1. Objektiv

Im Folgenden sollen die objektivierbaren Angaben der Mütter aufgeführt werden. Es wurden jeweils nur die Angaben verwertet, aus denen hervorging, daß sofort nach den Traumen eine Veränderung des körperlichen Zustandes eingetreten war.

Bei insgesamt 46 von den 130 untersuchten Kindern waren objektivierbare Angaben vorhanden, das sind 35,4%. Eine Übersicht über die einzelnen Störungen gibt Tabelle 11..

Von den 47 Schwangeren, die gestürzt waren, traten in 3 Fällen Blutungen auf. Bei 2 kam es zum Blasensprung, bei 9 kam es direkt nach dem Trauma zur Geburt. In einem Fall von diesen 9 war es zuvor noch zu Blutungen gekommen, in einem anderen zum vorzeitigen Blasensprung (Um ein Doppeltzählen zu vermeiden sind die entsprechenden Zahlen in der Tabelle in Klammern gesetzt). 5 Mütter gaben an, daß sie nach dem Sturz Schmerzen verspürt hätten: 1 Kreuzschmerzen, und Erbrechen, 1 Leibschmerzen, die bis zur Geburt, die eine Woche später erfolgte, anhielten; 1 hatte Beckenschmerzen und Hämatome; 1 war nach hinten gefallen und hatte anschließend in der Seite Schmerzen; 1 hatte wiederum Bauchschmerzen und ging deshalb auch zum Arzt.

Von den 6 Frauen, die einen Stoß erhielten, kam es bei 1 zum Blasensprung, bei 1 zur Frühgeburt. In beiden Fällen handelte es sich um einen Schlag auf den Leib von vorn.

Bei den 15 Frauen, die einen Verkehrsunfall erlitten hatten, kam es in 2 Fällen zu Blutungen, in einem Fall zum Blasensprung. Bei einer Schwangeren wurde ein Krankenhausaufenthalt von 5 Monaten notwendig, nachdem sie mit dem Fahrrad verunglückt war. Eine weitere hatte einen Seitenbandriß und mußte 3 Monate in Gips liegen. Bei

einem Motorradunfall war die Mutter vom Motorrad gestürzt, sie erlitt dabei eine Commotio. Bei einem weiteren Motorradunfall hatte die Schwangere ebenfalls eine Commotio, außerdem hatte sie ständig Schmerzen und 5 Wochen vor der Geburt kam es zum vorzeitigen Blasensprung. Bei dem Auto-unfall stieß sich die Mutter eine Weinflasche ins Gesicht, dadurch schlug sie sich mehrere Zähne ein und mußte in die Zahnklinik gebracht werden. Bei einem der schweren Verkehrsunfälle erlitt die Mutter einen Schädelbasisbruch, eine Fraktur des linken Armes und Beines und einen Beckenbruch. Sie war 3 Wochen bewußtlos. Die Schwangere, die in den Treibriemen der Dreschmaschine geraten war, hatte sich eine Verletzung am Bein zugezogen.

Von den 4 Frauen, die einen Elektrounfall hatten, kam es bei 1 zur Frühgeburt, die andere war kurze Zeit bewußtlos und hatte durch den zusätzlich erlittenen Sturz Prelungen am Gesäß.

Von den 12 Frauen, die sich überanstrengt hatten, kam es in 4 Fällen zur Frühgeburt, jedesmal direkt nach dem schweren Arbeiten.

2 Schwangere hatten zu viel Medikamente genommen. Bei der einen, die starke Abführmittel genommen hatte kam es zu Blutungen. Die andere, die Schlaftabletten genommen hatte, konnte nur im Krankenhaus durch eine rechtzeitige Magenspülung gerettet werden.

Bei den 3 Frauen, die versucht hatten abzutreiben, kommt es in einem Fall zu einer Wehentätigkeit. Die beiden anderen berichten nur von der Erfolglosigkeit des Unternehmens.

In den 31 Fällen, die eine erhöhte psychische Beanspruchung der Mutter beinhalten, sind die objektivierbaren Folgen schwerer faßbar, doch werden später von der Mutter Verhaltenstörungen und Erziehungsschwierigkeiten darauf zurückgeführt.

Bei den 8 Müttern, die ein unerwünschtes Kind austrugen, kam es in einem Fall zu Blutungen.

Zu Blutungen kommt es ebenfalls bei einer Schwangeren, die die Eheschwierigkeiten für die Schwierigkeiten mit dem Kind verantwortlich macht.

Von den beiden Müttern, die geschlagen wurden, wird ein Arztbesuch wegen der Folgen angegeben. Die eine

hatte ein Hämatom.

Bei 1 von den 3 Müttern, die sich aufregen mußten, kommt es zur Frühgeburt.

Von den 3 Müttern, die einen Streit mitgemacht hatten, kam es bei 1 zum Blasensprung mit anschließender Geburt, bei einer 2. zur Frühgeburt.

Bei 2 von 3 Müttern mit einem Schreckerlebnis am Ende der Schwangerschaft kam es zur Frühgeburt.

Um die Angaben der Mütter noch etwas genauer zu objektivieren ist in Tabelle 12 noch einmal zusammengestellt, in wievielen Fällen es nach dem Trauma zur Geburt kam. Die Angaben wurden dahingehend differenziert, ob die Geburt sofort nach dem Ereignis eintrat, nach einer Woche oder erst nach 2 Wochen. In Tabelle 11 sind nur die Fälle aufgeführt, bei denen es sofort zur Geburt gekommen war. In Tabelle kommen noch 12 weitere Frühgeburten hinzu. Die Zahl der Fälle, bei denen objektiviervbare Folgen eintraten erhöht sich damit auf 60, das sind 46,1%.

In 19 Fällen kam es sofort zur Geburt, 18 davon waren Frühgeborene, 1 Schwangere war schon am errechneten Geburtstermin, als das Trauma einwirkte.

In 6 Fällen trat die Geburt 1 Woche nach dem Unfall ein, in jedem Fall waren es Frühgeborene.

In weiteren 6 Fällen erfolgte die Geburt 2 Wochen nach dem Trauma, es waren in jedem Fall Frühgeborene.

I. Äußere Traumen	Blut- tung	Bla- sen- sprg	We- hen	Geburt N. F.	Kno- chen bruch	Com- mo- tio	Ver- let- zung	Schmer- zen
A. Fallen								
a. Sturz	3			6 (1)				4
b. Treppe		2		1 (1)				1
B. Stoß								
b. Bauch		1		1				
C. Verkehrsunf.								
a. Fahrrad		1					1	2
b. Kraftrad	1					2	1	
c. Auto							1	
d. o. Angabe	1				1		1	
e. Dreschm.								
D. Elektrounf.								
a. mit Sturz				1		1		
E. Überanstrengg.								
a. Heben				2				
b. Arbeit				1				
c. Tanzen				1				
G. Medikamente								
a. Abführm.	1							
b. Schlafmit.								1
H. Abtreibg.			1					
=====								
II. Innere Traumen								
B. Unerwünscht	1							
C. Eheschwierig.	1							
D. Geschlagen								2
E. Aufregung				1				
F. Streit		1		1				
G. Schreck				2				
GESAMT	8	5	1	17 (2)	1	3	3	10

Tabelle 11 Übersicht über die objektiven Folgen

I. Äußere Traumen	Geburt sofort	Geburt 1 Woche später	Geburt 2 Wochen später
A. Sturz			
a. Fallen	7	5	4
b. Treppe	2	1	1
B. Stoß			
b. Leib	1		
C. Verkehrsunf.			
a. Fahrrad			1
D. Elektrounfälle			
a. mit Sturz	1		
E. Überanstrengung			
a. Heben	2		
b. Arbeit	1		
c. Tanzen	1		
=====			
II. Innere Traumen			
E. Aufregung	1		
F. Streit	1		
G. Schreck	2		
gesamt	19	6	6

Tabelle 12

Einsetzen der Geburt bis zu 2 Wochen
nach dem Unfall

2. Subjektive Folgen

Alle Eltern versuchten, die aufgetretenen Störungen ihrer Kinder durch Ereignisse während der Schwangerschaft zu erklären. Teils suchten sie bei sich selbst den Schuldigen, teils suchten sie die Schuld bei anderen, wie z.B. am Arbeitsplatz, bei den Beteiligten am Straßenverkehrsunfall, beim Ehemann, der ihnen so viel Kummer bereitet hatte.

Um die Einstellung der Mütter besser darstellen zu können, und um die Auswirkungen, die für die Kinder daraus resultieren, besser aufzuzeigen, sollen im Folgenden einzelne Fälle geschildert werden.

a. Arbeitsplatz

Auf der Suche nach einem Schuldigen kommen manche auf ihren Arbeitgeber, vor allem dann, wenn es sich um Unfälle am Arbeitsplatz handelt. Im Fall 6 wird eine hierfür typische Haltung gezeigt.

Fall 6

In der Familienanamnese ist nichts besonderes bekannt. Das Kind kommt mit komplikationsloser Geburt zur Welt. Mit knapp 6 Jahren bringt die Mutter ihre Tochter, da sie mit ihr nicht mehr zurecht kommt. Das Kind ist ängstlich, unruhig, schläft schlecht ein, erbricht leicht. Die Mutter tritt immer wieder mit einer Frage an den Untersucher heran: "hängt das Verhalten ihrer Tochter mit dem Arbeitsunfall während der Schwangerschaft zusammen". Ihr 2. Kind sei vollkommen gesund und mache ihr gar keine Schwierigkeiten, ebenso müßte doch auch ihre Große gesund sein, wenn alles normal verlaufen wäre in der Schwangerschaft. Sie berichtet, daß sie während der Schwangerschaft einen elektrischen Schlag (200 V) bekommen habe an ihrem Arbeitsplatz, sie sei umgefallen, kurze Zeit bewußtlos gewesen und habe Prellungen am Gesäß gehabt.

Diese Mutter nimmt jede auch nur aufkommende Schwierigkeit zum Anlaß, ihr Kind krank zu sehen, und eine Erklärung hat sie auch gleich zur Hand: der Arbeitsunfall. Sie fixiert damit ihr Kind auf die kleinste Störung, welches dann umso schlimmer reagiert.

b. Verkehrsunfälle

Hierbei wird häufig die Schuld beim anderen Verkehrsteilnehmer gesucht, ein typisches Beispiel ist Fall 7.

Fall 7

In der Familienanamnese ist nichts besonderes bekannt. Die Geburt verläuft ohne Komplikationen, das Geburtsgewicht beträgt 3725g.

Die Oma bringt den Jungen mit 8 1/2 Jahren, da er streunt und gelegentlich einnässt und einkotet. Sie betont immer wieder, daß der Unfall, den die Tochter während der Schwangerschaft hatte, daran schuld sei, daß der Junge soviel Schwierigkeiten mache. Er ist ein uneheliches Kind eines Amerikaners. Die Mutter fuhr während der Gravidität mit Amerikanern im Auto. Ein deutscher Wagen sei ihm "reingefahren", berichtet die Großmutter. Die Tochter hielt eine Flasche Wein in der Hand, die sie sich beim Zusammenprall ins Gesicht stieß. Einige Zähne waren heraus, sie mußte in die Zahnklinik zur Behandlung. Jetzt ist die Tochter verschwunden, und die Oma hat den Jungen mit dem jüngeren Bruder bei sich.

Es ist verständlich, daß eine beinahe 70 jährige Frau nicht mehr in der Lage ist zwei uneheliche Jungen aufzuziehen. Wenn dann natürlicherweise Schwierigkeiten auftreten, klammert sie sich an alles, um eine Erklärung hierfür zu finden.

c. Selbstvorwürfe

Manche Eltern, besonders Mütter machen sich Vorwürfe, wenn sie ihr Kind während der Schwangerschaft abgelehnt haben. Sie versuchen dann, "alles wieder gut zu machen" und überschütten das Kind mit "Liebe", so daß dieses sich nicht richtig entfalten kann. Im Fall 8 wird so eine Situation dargestellt.

Fall 8

Kein besonderer Befund in der Familienanamnese. Nach normaler Schwangerschaft wird das Kind mit einem Gewicht von 3600g komplikationslos geboren. Es gedeiht gut.

Mit 10 1/4 Jahren bringt es die Mutter, da sie mit ihrer Tochter nicht mehr zurecht kommt: sie hat Wutanfälle, ist aufsässig, hat Angstzustände und Schlafstörungen. Die Tochter ist das 2. Kind, und die Mutter sagt, daß sie eigentlich kein Kind mehr gewollt hätten. Es sei nicht geplant gewesen, sie meinten, sie hätten nicht genug Geld für ein zweites Kind. Während der Schwangerschaft hat der Vater sie geschlagen, und sie selbst war überreizt.

Jetzt kommt die Mutter und fragt, ob das Verhalten ihrer Tochter damit zusammenhängen könne, daß sie sie

eigentlich nicht gewollt habe. Sie traut sich ihre Tochter nicht hart anzufassen, da sie meint sie müsse nun wieder gut machen, was sie ihr vor der Geburt angetan hat.

Die untersuchende Psychologin schreibt: die Schwierigkeiten mit dem Kind beruhen sicher auf Erziehungsfehlern, die aus dem Gefühl heraus entstanden sind, alles an dem unerwünschten Kind wieder gut zu machen.

C. Entwicklung der Kinder

I. Vorgeburtliche Entwicklung

An Hand der Schwangerschaftsdauer und des Geburtsgewichtes soll die intrauterine Entwicklung der 130 untersuchten Kinder aufgezeigt werden.

1. Schwangerschaftsdauer

Eine Übersicht über die Dauer der Gravidität gibt Tabelle 13. Die Länge der Schwangerschaft ist in Abhängigkeit von den angegebenen Traumen aufgeführt.

Bei insgesamt 124 Kindern war die Schwangerschaftsdauer angegeben.

Insgesamt 49 Kinder kamen zwischen der 27. und 37. Schwangerschaftswoche zur Welt, das sind 39,5%.

70 Kinder kamen zwischen der 38. und 41. Schwangerschaftswoche zur Welt, das sind 56,5%.

5 Kinder wurden 2 Wochen nach dem errechneten Geburtstermin geboren, das sind 4%.

31 von den 49 Frühgeborenen kamen entweder sofort nach dem Trauma bis spätestens 14 Tage danach zur Welt, das sind 63,2% der Frühgeborenen.

Bei den 47 Müttern, die hingestürzt waren, kam es in 22 Fällen zur verkürzten Schwangerschaftsdauer, das sind 46,8%.

Von den 6 Müttern, die sich gestoßen hatten, hatten drei frühgeborene Kinder. Außerdem waren 3 Frühgeborene bei den Müttern mit Verkehrsunfällen in der Gravidität, 2 bei Müttern mit Elektrounfällen, 3 nach Operationen, 7 nach Überanstrengung. In 1 Fall kam es zur vorzeitigen Beendigung der Schwangerschaft, in der die Mutter zu Beginn starke Abführmittel genommen hatte. 2 Mütter Frühgeborener erlitten viel Aufregungen, 3 Streitigkeiten, 2 Mütter hatten ein Schreckenerlebnis. 1 Mutter war nicht ordentlich versorgt während der Gravidität.

14 von diesen Frühgeborenen wurden in der hiesigen Klinik aufgezogen. 2 von ihnen sind gestorben, von den restlichen 12 Kindern sind keine späteren Untersuchungsergebnisse mehr vorhanden, so daß über ihre weitere Entwicklung keine Aussage mehr gemacht werden kann.

I. Äußere Traumen	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42 Wo
A. Fallen																
a. Sturz		1		2		3	1	2		8		2		14	2	
b. Treppe		1		1		1		1		1				4		
B. Stoß																
a. Seite		1												1		1
b. Bauch										2				1		
C. Verkehrsunf.																
a. Fahrrad								1						5		1
b. Krafttrad	1													1		1
c. Auto														1		
d. o. Angabe								1						1	1	
e. Dreschm.														1		
D. Elektrounf.																
a. Sturz									1	2						
b. o. Sturz														1		
E. Überanstrengg.																
a. Heben				1		1		1								
b. Arbeit				1	1		1							5		
c. Tanzen											1					
F. Operation																
a. Unterleib										1		1		4		1
b. Brust											1					
c. Kopf											1			1		
G. Medikamente																
a. Abführmittel									1							
b. Schlafm.												1				
H. Abtreibg. vers.														2		
=====																
II. Innere Traumen																
A. Unehelichkeit													1	1		
B. Unerwünscht												1		7		
C. Eheschwierigkeiten													1	1		
D. Geschlagen														1	1	
E. Aufregung						1					1					1
F. Streit										2	1					
G. Schreck									1		1					
H. Soziale Not											1					
I. Nervosität														1		
K. Endogene Psychose												1		1		
gesamt	1	3		5	1	6	2	6	1	17	7	6	2	58	4	5

Tabelle 13

Schwangerschaftsdauer bei 124 Kindern

2. Geburtsgewicht

Bei insgesamt 118 Kindern von den 130 untersuchten war das Geburtsgewicht bekannt. Die Angaben wurden teils mit der Anamnese erhoben, teils stammen sie aus Befunden der Klinik.

51 der 118 Kinder hatten ein Geburtsgewicht unter 2500g oder maximal 2500g. Nach der heute üblichen Einteilung werden sie als Frühgeborene bezeichnet, das sind 43,2%. Eine Übersicht über die Geburtsgewichte in Abhängigkeit von den Ereignissen während der Gravidität gibt Tabelle 14.

Von den 51 Kindern, die ein Geburtsgewicht bis zu 2500g hatten, machten 41 Mütter ein äußeres Trauma während der Schwangerschaft durch, das sind 80,4%.

Insgesamt 10 Mütter gaben ein inneres Trauma an, das sind 19,6%. 2 Kinder wogen zwischen 1000 - 1500g, 2 zwischen 1501 - 2000g.

Den Zusammenhang zwischen Schwangerschaftsdauer und Geburtsgewicht zeigt Tabelle 15.

11 der Kinder mit einem Gewicht unter 2500g sind am errechneten Termin geboren. Bei 4 von ihnen war die Mutter während der Gravidität gestürzt, die Kinder hatten gerade ein Gewicht von 2500g erreicht. Weitere 5 Kinder wogen ebenfalls genau 2500g: in einem Fall sprach die Mutter von Eheschwierigkeiten, eine zweite hatte besonders viel als uneheliche Mutter zu leiden, eine Mutter wurde geschlagen, eine hatte schwer arbeiten müssen und die fünfte hatte einen Abtreibungsversuch vorgenommen.

Ein Kind hatte ein Geburtsgewicht von 2000g, es war 14 Tage vor dem errechneten Geburtstermin von einer 38 jährigen Erstgebärenden geboren worden, die im 5. Monat eine Schwangerschaftspsychose hatte.

1 war mit 1500g normalzeitig geboren, es war das 4. Kind einer 40 jährigen Frau. Sie sagte, es sei ein unerwünschtes Kind gewesen, sie habe sehr viel arbeiten müssen, und sie habe sich sehr häufig aufregen müssen.

I. Äußere Traumen	-1000	1001-1500	1501-2000	2001-2500	2501-3000	3001-3500	3501-4000	4001-4500	4501-5000	5501-6000g
A. Fallen										
a. Sturz		3	7	9	5	5	2	2		1
b. Treppe	1	2	1		2	2	1			
B. Stoß										
a. Seite				1	1					
b. Bauch				1	1		1		1	
C. Verkehrsunf.										
a. Fahrrad.				1		2	1			
b. Krafttrad		1			2					
c. Auto							1			
d. o. Angabe			1				1			
e. Dreschm.							1			
D. Elektounf.										
a. Sturz				2						
b. ohne Sturz							1			
E. Überanstrengung										
a. Heben		1	1	1						
b. Arbeit		1	1	2		1	2			
c. Tanzen				1						
F. Operation										
a. Unterleib					2	2	1	1	1	
b. Brust				1						
c. Kopf						1	1			
G. Medikament										
a. Abführm.					1					
b. Schlafm.					1					
H. Abtreibg.-versuch				2						
=====										
II. Innere Traumen										
A. Unehelichkeit				1			1			
B. Unerwünscht		1			1	1	4	1		
C. Eheschwierigkeiten				1	1	2	1			
D. Geschlagen				1			1			
E. Aufregung			1		2					
F. Streit		1		1		1				
G. Schreck				2			1			
H. Soziale Not						1				
I. Nervosität					1					
K. Endogene Psychose			1							
gesamt	1	10	13	27	21	18	21	4	2	1
zusammen 118										

Tabelle 14

Übersicht über die Geburtsgewichte von
118 untersuchten Kindern

	27. - 37.	38. - 41.	42.Wo	gesamt
800-1000g	1			1
1001-1500g	9	1		10
1501-2000g	12	1		13
2001-2500g	16	9		25
2501-3000g	6	11	3	20
3001-3500g	4	12	1	17
gesamt	48	34	4	86

Tabelle 15

Zusammenhang zwischen Geburtsgewicht
und Schwangerschaftsdauer

II. Entwicklungsstörungen nach der Geburt

Im Folgenden soll auf die morphologischen und funktionellen Entwicklungsstörungen der 130 untersuchten Kinder eingegangen werden. In den aufgeführten Tabellen wird jeweils zwischen äußeren (=I) und inneren (=II) differenziert.

1. Morphologische Störungen

a.) Dysplasien und Hypoplasien

Bei 52 der 130 untersuchten Kinder wurden dysplastische und hypoplastische Zeichen festgestellt als Ausdruck von Reifungs- und Differenzierungsstörungen einzelner Körperteile oder des gesamten Körperbaues, das sind 40,0%.

Bei 19 Kindern wurden mehrere Störungen diagnostiziert. Einen Überblick über die Manifestation der Hypo- und Dysplasien gibt Tabelle 16 (Um ein Mehrfachzählen zu vermeiden, sind die Kinder mit mehreren Hypo- und Dysplasien unter dem jeweils zuerst zutreffenden Punkt gezählt. Beim nochmaligen Erscheinen ist die betreffende Zahl in Klammern gesetzt).

Bei 17 Kindern fand sich eine Dyskranie. 12 Mütter erlitten ein äußeres Trauma, 5 ein inneres. In diese Rubrik wurden Kinder mit Hydrocephalus, Mikrocephalus und sonstige Deformationen und Asymmetrien des Schädels eingetragen. 4 Kinder hatten einen Hydrocephalus, 7 einen Mikrocephalus, 6 hatten auffallende Schädelasymmetrien.

18 Kinder zeigten Gesichtsdysplasien, bei 14 erlitten die Mütter ein äußeres Trauma bei 4 ein inneres. 3 von ihnen hatten zusätzlich eine der obengenannten Dyskranien. Hier wurden diejenigen eingeordnet, bei denen Ohrmißbildungen, Zahnstellungsanomalien, hoher spitzer Gaumen, Knochendysplasien und Knochenaplasien diagnostiziert wurden.

Insgesamt 30 Kinder wiesen Deformitäten im Thorax- und Wirbelsäulenbereich auf. Bei 21 wirkte eine exo-

gene Noxe, bei 9 eine endogene Noxe ein. 12 von ihnen hatten außerdem Dyskranien und Gesichtsdysplasien. Es wurden Trichterbrust, Kyphose und Skoliose berücksichtigt.

1 Kind, bei dem die Mutter einem inneren Trauma ausgesetzt war, hatte eine Hüftgelenksdysplasie.

Bei 4 Kindern fiel ein hypoplastischer Körperbau auf. Bei einem wirkte während der Gravidität ein äußeres, bei 3 ein inneres Trauma ein.

I/ II	1			2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Jahre	gesamt
	I	II	III																
Dyskranien	I 1	3		4					1			1							12
	II 1				1						1		1						5
Gesichts- dysplasien	I 1	(1)		1 (1)		1		1	2			2	3	1					12 (14)
	II 1						1				1 (1)		1						3 (4)
Thorax + WS- Deformitäten	I 1			1 (1)		2	2	2	2	1		1 (1)	1 (1)	1 (1)					13 (21)
	II 1	(1)							2	1	1 (1)		2						5 (9)
Hüftgelenks- dysplasie	I 1																		
	II 1												1						1
hypoplastischer Körperbau	I 1																1		1 (1)
	II 1																		
																			52

Tabelle 16

Übersicht über Hypo- und Dysplasien

(Um ein Mehrfachzählen zu vermeiden sind bei Kindern mit mehreren Störungen die weiteren in Klammern gesetzt.)

b. Konstitutionsanomalien und -besonderheiten

34 der untersuchten Kinder wiesen Konstitutionsanomalien auf, das sind 26,1%.

Eine Übersicht über die aufgetretenen Störungen gibt Tabelle 17. (6 Kinder zeigten mehrere Anomalien auf einmal. Um ein Mehrfachzählen zu vermeiden, sind sie in dem zuerst erscheinenden Punkt eingetragen. Bei nochmaligem Vorkommen ist die betreffende Zahl in Klammern gesetzt.)

1 Kind war mongoloide, es hatte zusätzlich eine Duodenalatresie.

2 Kinder litten an Adiposogigantismus. Eines von ihnen war zusätzlich imbezill und mit dem Alter von 6 1/2 Jahren bestand der Verdacht auf eine Pubertas praecox.

2 zeigten einen asthenischen Habitus, eines davon war cerebrall gelähmt, das andere hatte multiple Skelettmißbildungen.

Bei 3 Kindern wurde eine Haltungsschwäche diagnostiziert. 1 von ihnen hatte zusätzlich ein Anfallsleiden, die beiden anderen hatten eine spastische Diplegie der Beine.

Bei insgesamt 17 Kindern fiel eine Muskelhypotonie auf. Bei 8 von ihnen erlitt die Mutter in der Gravidität ein äußeres bei 9 ein inneres Trauma.

16 Kinder wiesen eine deutliche Hypermotilität auf, die Gelenke waren überstreckbar. Auf 8 wirkte ein äußeres und auf 8 ein inneres Trauma vor der Geburt ein.

	I/II	I	II	III	IV	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	gesamt
Mongolismus	I																					
	II	I																				
Adiposogigantismus	I													1								1
	II											1										1
Asthenie	I												1									1
	II																					2
Haltungsschwäche	I						1				1											2
	II								1													1
Muskelhypotonie	I		1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1							7 (8)
	II	(1)				1	1	1	1	1	1	(1)	(1)	1								6 (9)
Hypermotilität	I						3	1			1					1						6 (8)
	II	(1)					(1)	1				1	1	1	1	2						7 (8)
																						34

Tabelle 17

Konstitutionsanomalien und -besonderheiten

(Zahlen in Klammern = Kind hat schon eine weiter oben stehende Störung)

2. Funktionelle Störungen

a. Ernährung

Insgesamt 45 der 130 untersuchten Kinder zeigten Auffälligkeiten hinsichtlich der Ernährungsweise oder Retardierungen hinsichtlich der Konsistenz der Nahrung, das sind 34,6%.

Tabelle 18 gibt einen Überblick über die aufgetretenen Störungen (Die Kinder, die mehrere Störungen auf einmal hatten, werden nur einmal gezählt: in der ersten Spalte - nochmalige Zahlen werden eingeklammert).

Zunächst wurde auf die Art der Nahrung eingegangen.

1 Kind wurde noch am Ende des IV. Trimenons ausschließlich mit flüssiger Kost ernährt. Breie bekamen 3 Kinder noch im dritten Lebensjahr, 2 Kinder konnten bis zum 5. Lebensjahr nur mit Brei gefüttert werden, 2 waren sogar schon im siebenten Lebensjahr. Bei diesen 7 Kindern machten die Mütter ein äußeres Trauma für die aufgetretenen Schwierigkeiten verantwortlich.

Im nächsten Teil der Zusammenstellung ist dahingehend differenziert, ob die Kinder fähig waren, allein zu essen oder ob sie fremder Hilfe bedurften. Insgesamt 19 Kinder waren nicht in der Lage allein zu essen. 1 davon kann man nicht pathologisch werten, da es das erste Lebensjahr noch nicht vollendet hatte. 6 Kinder standen zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr, auf 5 von ihnen wirkte während der Gravidität ein äußeres Trauma auf die Mutter ein und auf 1 Mutter ein inneres Trauma. 4 der Kinder waren über 3 Jahre, 6 über 4 Jahre und 2 über 7 Jahre alt. Bei diesen allen handelt es sich um cerebrally gelähmte Kinder, deren Mütter ein äußeres Trauma während der Schwangerschaft durchgemacht hatten.

16 Kinder waren in der Lage allein zu essen, hatten diese Fähigkeit aber verspätet gelernt. Sie konnten teilweise wegen ihrer Spastizität den Löffel oder

oder die Gabel nur schwer halten, und erst durch intensives Üben konnten sie noch erlernen, was einem gesunden Kind nur wenig Schwierigkeiten bereitet.

14 Kinder bereiteten den Müttern Sorgen, da sie keine Nahrung zu sich nehmen wollten oder dabei Schwierigkeiten machten. Auf 9 Mütter wirkte ein äußeres und auf 5 ein inneres Trauma ein.

35 Kinder, bei denen die Mutter ein äußeres Trauma angab, entwickelten sich hinsichtlich der Ernährung unauffällig. Bei 18 Kindern mit unauffälliger Ernährungsweise wirkte ein inneres Trauma ein.

	I/II	1				2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Jahre
		I	II	III	IV													
flüssige Nahrung	I	15	4		1													
	II	3																
breiige Nahrung	I				1	3		2		2								
	II							1	1									
feste Nahrung	I							3	2									
	II																	
=====																		
gefüttert	I				1	4 (1)		3 (1)	3 (3)			2						
	II					1												
allein	I							2 (1)	5 (2)		(1)	1	1					
	II							1	1		1							
=====																		
schlechte Esser	I	1	1			2		1 (1)				1				2		
	II		1					1 (1)				1		1				
unauf- fällig	I		1	3	1	2		1	3	3	4	3	2	2	5	2	1	2
	II					1			2	1		2	1	2	1	4	1	3
gesamt			19	7	3	4	13	13	20	4	7	10	4	5	6	8	2	5

Tabelle 18

Konsistenz der Nahrung und Art der Ernährung
 (Zahl in Klammern = Kind wurde schon bei einer
 weiter oben stehenden Störung mitgerechnet)
 I = äußeres Trauma
 II = inneres Trauma

b. Zahnentwicklung

102 Kinder hatten zur Zeit der Untersuchung den sechsten Lebensmonat erreicht, so daß die Zahnentwicklung berücksichtigt werden konnte. Bei 77 Kindern waren Angaben über den genauen Zeitpunkt vorhanden, wann der erste Zahn durchgebrochen war.

Bei 20 Kindern von den 77 kamen die Zähne erst im zehnten Lebensmonat oder später, so daß man von einer retardierten Zahnentwicklung sprechen muß, das sind 25,9%.

Eine genaue Darstellung über die Zahnentwicklung gibt Tabelle 19.

Bei einem der 20 Kinder mit verspätetem Zahndurchbruch kam der erste Zahn erst im 18. Lebensmonat durch. Es hatte allerdings eine erhebliche Zahnfleischhypertrophie, da es Hydatoinpräparate einnehmen mußte.

9 von den 20 Kindern waren cerebrally gelähmt, 2 hatten Mißbildungen, 1 hatte einen Adiposogigantismus, 2 hatten Intelligenzdefekte, 2 waren in der statisch-geistigen Entwicklung verzögert, 4 machten Erziehungsschwierigkeiten als sie älter waren.

13 Kinder hatten später Zahnstellungsanomalien oder verkümmerte Zähne.

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	gesamt
I	5	4	15	7	7	2	3	1	4	2	4				1		55
II		4	8		2	3	2		2	1							22
gesamt	5	8	23	7	9	5	5	1	6	3	4				1		77

Tabelle 19 Zahnentwicklung von 77 Kindern

c. Statische Entwicklung

Geprüft wurden 108 Kinder, die restlichen 22 waren noch nicht drei Monate alt, so daß noch keine statischen Leistungen zu prüfen waren. 84 Kinder zeigten Retardierungen hinsichtlich der statischen Entwicklung, das sind 77,8%.

Eine Übersicht über die Höchstleistung der statisch-motorischen Funktionen zur Zeit der Untersuchung gibt Tabelle 20. Die Tabelle wurde aus Befundangaben und anamnestischen Erhebungen zusammengestellt.

74 der geprüften Kinder konnten frei laufen. Auf 51 wirkte auf die Mütter während der Schwangerschaft ein äußeres Trauma ein. 9 lernten zur normalen Zeit gehen und 42 verspätet. 20 waren bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres in der Lage, frei zu laufen. 13 Kinder konnten erst mit 3 Jahren, 1 mit vier Jahren, 1 mit sechs Jahren frei laufen. 7 Kinder konnten bei der ersten Untersuchung bereits gehen. Anamnestisch konnte nicht mehr festgestellt werden, wann sie zu laufen begonnen hatten.

Auf 23 Mütter wirkte ein inneres Trauma während der Gravidität ein. 11 lernten normalzeitig freies Gehen und 12 verspätet.

Bei den Kindern, bei denen die Mütter ein äußeres Trauma angeschuldigt hatten, waren mehr, die erst verspätet angefangen hatten zu laufen. Unter ihnen sind mehr cerebrally gelähmte Kinder, während unter den Kindern, deren Mütter innere Traumata angegeben hatten, mehr waren, die Erziehungsschwierigkeiten machten.

9 Kinder konnten bei der letzten Untersuchung nur mit Unterstützung gehen. 7 Mütter hatten ein äußeres und 2 ein inneres Trauma während der Schwangerschaft durchgemacht. 1 Kind war vier Jahre alt, 3 waren drei Jahre alt, 3 waren zwei Jahre alt, 1 war 1 3/4 Jahr alt und 1 war 15 Monate.

Bei 4 Kindern war die statische Höchstleistung Stehen mit Anhalten. 1 davon war elf Jahre, 1 war neun Jahre und 2 waren 15 Monate alt. Bei allen 4 machten die Mütter ein äußeres Trauma während der Gravidität durch.

6 Kinder konnten bei der letzten Untersuchung nur sitzen. 1 war drei Jahre alt. Die Mutter gab zur Schwangerschaftsanamnese an, daß sie viel hätte arbeiten müssen, seelischen Belastungen ausgesetzt war und das Kind gar nicht gewollt habe. Bei den 5 anderen spielte ein äußeres Trauma eine Rolle, 1 Kind war 1 $\frac{3}{4}$ Jahr, 1 war 1 $\frac{1}{2}$ Jahr, 1 war 1 $\frac{1}{4}$ Jahr, 2 Kinder waren erst im III. Trimenon.

1 Kind konnte mit 1 $\frac{3}{4}$ Jahr nur krabbeln, es hat eine spastische Tetraplegie und ist imbezill.

1 Kind konnte sich mit 2 Jahren nur wälzen, es hat ebenfalls eine spastische Tetraplegie.

8 Kinder waren lediglich in der Lage den Kopf zu heben: 1 mit vier Jahren, 1 mit 2 Jahren, 2 mit einem Jahr und 4 mit $\frac{1}{2}$ Jahr.

5 Kinder waren zu keiner statischen Leistung fähig: 1 mit vier Jahren, 1 mit drei Jahren, 2 mit $\frac{1}{2}$ Jahr.

Bei den letztgenannten Kindern handelt es sich ausschließlich um solche Kinder, auf die vor der Geburt ein äußeres Trauma einwirkte.

	I/II	1	2				3	4	5	6	7	8	9	10	11	Jhr. kann es
		3	6	9	12	15	18	21	24	Monate						
nichts	I		2	2					1	1						
	II							1								
Kopf- heben	I	1	4		2				1	1						
	II															
wälzen	I							1								
	II															
krabbeln	I							1								
	II															
sitzen	I			2		1	1	1								
	II								1							
stehen mit Anhal- ten	I					2							1		1	
	II															
laufen mit Hilfe	I					1		1	3	1	1					
	II								2							
laufen frei	I				1	8	4	6	10	13	1		1			7
	II					11	1	4	2	1						4
=====																
gesamt			6	2	3	23	6	13	18	19	4		1		1	11

Tabelle 20

Übersicht über die statische Höchstleistung
von 108 Kindern

d. Sauberkeitsgewöhnung

Von insgesamt 68 Kindern waren Angaben darüber vorhanden, zu welchem Zeitpunkt sie sauber geworden waren.

19 Kinder wurden erst nach dem dritten Lebensjahr sauber oder waren es noch nicht beim letzten Untersuchungstermin, das sind 27,9%.

Eine Übersicht über die Sauberkeitsgewöhnung gibt Tabelle 21.

6 Kinder wurden im vierten Lebensjahr und 1 im fünften Lebensjahr sauber.

26 Kinder waren zur Zeit der Untersuchung noch nicht sauber. 5 standen im dritten Lebensjahr, 9 im vierten Lebensjahr, 4 im fünften Lebensjahr, 2 im sechsten Lebensjahr, 2 im siebenten Lebensjahr, 2 im achten Lebensjahr, 2 im zehnten Lebensjahr.

Der zweite Teil der Tabelle zeigt, in welcher Weise die Sauberkeitsgewöhnung gestört war. 5 von diesen Kindern waren tagsüber sauber, sie litten an einer Enuresis nocturna. Die restlichen 21 waren überhaupt nicht sauber. 2 standen im zehnten Lebensjahr: 1 war tetraspastisch und imbezill, das zweite näßte und kotete nur gelegentlich ein, meist wenn es Angst hatte - z.B. vor der Schule - oder wenn es aufgeregt war, auch dieses Kind war intelligenzmäßig an der Grenze zur Imbezillität. 2 standen im 8. Lebensjahr: beide waren cerebral gelähmt, waren idiotisch und hatten ein cerebrales Anfallsleiden. 2 standen im sechsten Lebensjahr: eines näßte noch ein, es war wegen Erziehungsschwierigkeiten in Behandlung, das zweite hatte eine spastische Tetraplegie, ein cerebrales Anfallsleiden und war imbezill. 4 standen im fünften Lebensjahr: 3 waren cerebral gelähmt, 1 litt an eretischer Imbezillität. 9 standen im vierten Lebensjahr: 8 waren cerebral gelähmt und 1 wurde wegen statisch - geistiger Entwicklungsverzögerung gebracht. 5 standen im dritten Lebensjahr: 2 waren spastisch, 1 debil, 1 war in seinen statischen Leistungen verzögert und bei 1 waren Erziehungsschwierigkeiten aufgetreten.

	I/II	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Uhr. ges.
sauber	I	2	13	11	4	1					31
	II	1	7	1	2						11
nicht sauber	I		4	6	3	2	1	1		2	19
	II		1	3	1		1	1			7
Enuresis und Enkopresis	I		4	4	2	1	1	1		2	
	II			3	1		1	1			
Enuresis nocturna	I			2		1					
	II		1		1						

Tabelle 21 Übersicht über die Sauberkeitsentwicklung
bei 68 Kindern

I = äußere Traumen

II = innere Traumen

e. Sprachentwicklung

102 der 130 untersuchten Kinder hatten das Alter erreicht, in dem sie zu sprechen angefangen haben können.

Eine Übersicht über die Sprachentwicklung gibt Tabelle 22.

Insgesamt 51 der 102 untersuchten Kinder zeigten Retardierungen im Bereich der Sprache, das sind 50,0%.

17 Kinder waren beim letzten Untersuchungstermin über das Lallstadium noch nicht hinaus, 1 wurde nicht pathologisch gewertet, da es das erste Lebensjahr noch nicht überschritten hatte. Bei 2 Kindern machte die Mutter während der Schwangerschaft ein inneres und bei 15 ein äußeres Trauma durch. Die Kinder zeigten auch auf anderen Gebieten Retardierungen.

15 Kinder konnten ihre sprachlichen Fähigkeiten nur bis zum Silbenwiederholen entwickeln. Auf 10 von ihren Müttern wirkte während der Gravidität ein äußeres Trauma ein und auf 5 ein inneres. 4 waren noch nicht ein Jahr alt, so daß man noch nicht von einer Retardierung sprechen kann. 11 waren über ein Jahr alt. Alle 11 waren intelligenzmäßig unterentwickelt.

9 Kinder konnten sich beim letzten Untersuchungstermin durch Ein-Wortsätze mit ihrer Umgebung verständigen. 1 Kind war bereits im zehnten Lebensjahr, es war cerebrall gelähmt, schwerhörig und zeigte eine deutlich verminderte Intelligenz.

5 Kinder redeten in Zwei-Wortsätzen, 1 Kind stand im neunten Lebensjahr, es war imbezill.

13 Kinder waren in der Lage in Mehr-Wortsätzen zu sprechen, wenn sie auch in der Entwicklung ihrer Sprache verlangsamt gewesen waren. In der Tabelle ist jeweils eingetragen, wann sie begonnen hatten, Mehrwortsätze zu bilden. 1 Kind kann mit 6 Jahren die ersten Sätze bilden. Es ist spastisch und intelligenzmäßig retardiert. Mit 5 1/4 Jahren spricht es einfache

Worte nach, mit sechs Jahren spricht es kleine Sätze, jedoch mit verwaschenen Lauten. Mit Hilfe der Eltern lernt es innerhalb von 2 - 3 Jahren sinngemäß mit kleinen Sätzen mit der Umwelt in Verbindung zu treten.

43 Kinder hatten eine normale unauffällige Entwicklung ihrer sprachlichen Fähigkeiten. 20 von ihnen hatten später Sprachfehler.

	I/II	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Jahre
Lallen	I	1	7	1	3	1	2						
	II				1		1						
Silben- wieder- holen	I	2	3	3		1	1						
	II	2	1	1	1								
Ein- wort- satz	I		2	2	1	1					1		
	II			1		1							
Zwei- wort- satz	I		1			1	1						
	II						1			1			
Mehr- wort- satz	I		1		2		1						
	II		6	2			1						
unauf- fällig	I	2	2	1	6	1	3	7	1	1	5	6	
	II		3					2		1		2	
gesamt		7	26	11	14	6	11	9	1	3	6	8	

Tabelle 22: Übersicht über die Sprachentwicklung
von 102 Kindern

f. Spielverhalten

Bei 103 Kindern waren Angaben über das Spielverhalten vorhanden. Insgesamt 51 von ihnen zeigten Retardierungen, das sind 49,5%.

Eine Übersicht über die Art der aufgetretenen Störungen gibt Tabelle 23.

5 Kinder spielten überhaupt nicht. Bei allen wirkte vor der Geburt ein äußeres Trauma auf die Mutter ein. 4 waren cerebrall gelähmt, geistig imbezill bis idiotisch, 1 war mit einem Jahr in seiner geistigen und statischen Entwicklung verzögert.

10 Kinder waren zu einem sinnvollen Spiel nicht fähig, auch diese Kinder waren intelligenzmäßig unter der Norm. 1 Kind mit spastischer Tetraplegie, Anfallsleiden und Idiotie spielte mit 5 Jahren noch nicht sinnvoll. Mit knapp 3 Jahren warf es jedes Spielzeug weg, bis auf solche, die einen akustischen Reiz ausübten, wie Klappern, Rasseln, Quietschtierchen usw. Mit 3 1/2 Jahren behielt es die Spielsachen in seinem Bettchen, konnte aber nichts sinnvolles damit anfangen.

32 Kinder spielten sinnvoll, zeigten aber ein nicht altersgemäßes Spiel. Bei 1 von ihnen sagten die Eltern, daß es erst mit 5 - 6 Jahren begonnen hätte zu spielen. Erst ab sechs Jahren baute er allein und spielte mit Autos. Auch mit acht Jahren spielt er noch gern mit kleinen Autos, er läßt sie hin und herfahren wie das ein kleines Kind tut. Er beschäftigt sich am liebsten nicht mit Altersgenossen sondern mit jüngeren Kindern.

4 Kinder waren verspielt, als sie zur Schule gehen sollten. 2 waren im elften Lebensjahr, 1 war im zehnten Lebensjahr und 1 im neunten Lebensjahr.

	I/II	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14Jhr
spielt nicht	I	1	2		2										
	II														
spielt nicht sinn- voll	I			3	3	1	1	1							
	II				1										
spielt nicht alters- gemäß	I	1	7	1	2		3	2	1	1		1			
	II		1	1	3		2	1		1		1		2	1
spielt alters- gemäß	I	2	8	6	3	5	4	5	1	1	1	3	1	1	
	II		3	1			1	1		2		2	1		
noch ver- spielt	I											1			
	II									1	1	1			
gesamt		4	21	12	14	6	11	10	2	6	2	9	2	3	1

Tabelle 23

Übersicht über das Spielverhalten
von 103 untersuchten Kindern

g. Intelligenz

Bei 110 der 130 untersuchten Kinder war es möglich, ein Urteil zu bilden über den Grad der Intelligenzminderung.

61 Kinder waren intelligenzmäßig unter dem Durchschnitt entwickelt, das sind 55,5%.

21 hatten ein manifestes Anfallsleiden, das sind 19,1%.

29 hatten einen pathologischen EEG Befund, das sind 26,4%.

Tabelle 24 bringt eine Übersicht über die geistige Stufe der 110 Kinder. Es wird gleichzeitig darauf geachtet, ob ein manifestes Anfallsleiden vorliegt oder ob ein pathologischer EEG Befund erhoben wurde. Hierzu wurden alle die Befunde gerechnet, die in irgendeiner Art von der Norm abwichen: latente Anfallsleiden, Rhythmusstörungen, ~~er~~ verlangsamte oder beschleunigte Grundaktivität.

5 Kinder waren idiotisch, das sind 4,5%. 2 hatten ein manifestes cerebrales Anfallsleiden, 1 hatte einen pathologischen EEG Befund: eine herdförmige Störung über den hinteren Hirnregionen und eine allgemein verlangsamte Frequenz. 2 Kinder zeigten ein normales Hirnstrombild.

15 Kinder waren imbezill, das sind 14,5%. 9 hatten cerebrale Krampfanfälle, 3 hatten einen pathologischen EEG Befund, 3 ein normales EEG.

41 Kinder waren debil, das sind 37,3%. 7 hatten ein manifestes Anfallsleiden, 14 einen pathologischen EEG Befund, bei 20 Kindern konnte ein normales Hirnstrombild abgeleitet werden.

49 Kinder waren geistig normal, das sind 44,5%. 3 hatten Krampfanfälle, 11 eine pathologische Hirnstromkurve, 35 einen normalen EEG Befund.

	normal	debil	im- bezill	idio- tisch	gesamt
manifestes Anfalls- leiden	3	7	9	2	21
pathol. EEG- Befund	11	14	3	1	29
normales EEG	35	20	3	2	60
gesamt	49	41	15	5	110

Tabelle 24

Übersicht über die Intelligenz
bei 110 untersuchten Kindern

h. Schule

Insgesamt 43 der 130 untersuchten Kinder waren beim letzten Untersuchungstermin im Schulalter.

Tabelle 25 gibt eine Übersicht über Einschulung, Art der Schule und Leistungen in der Schule.

Insgesamt 31 Kinder von der 43 untersuchten zeigten Auffälligkeiten beim Schulbesuch - die 4 Oberschüler, die nicht mitkamen sind dazugerechnet - das sind 72,0%.

12 Kinder konnten mit 6 Jahren nicht eingeschult werden, 3 gingen auch im achten Lebensjahr und 1 im neunten Lebensjahr noch nicht zur Schule. 1 war dreizehn Jahre alt, es konnte in der Dorfschule nicht eingeschult werden, da es hirngelähmt war. Eine Spastikerschule war für das Kind nicht erreichbar. Es erhielt privaten Unterricht vom Großvater. Bei 13 von ihnen erlitt die Mutter ein äußeres Trauma während der Gravidität und bei 3 ein inneres.

4 Kinder gingen in die Volksschule, sie kamen dort aber nicht mit. 1 von ihnen mußte später in die Gehörlosenschule umgeschult werden.

5 Kinder mußten ihren geistigen Leistungen entsprechend in die Sonderschule geschickt werden.

12 der untersuchten Kinder besuchten die Volksschule und kamen dort dem Durchschnitt entsprechend mit.

4 Kinder sollten die Oberschule besuchen. Alle 4 kamen zur Untersuchung, da sie den erhöhten Anforderungen dort nicht gewachsen waren. Sie konnten sich nicht einfügen, stören den Unterricht und bestehen nicht das Probevierteljahr bzw. das Klassenziel wird nicht erreicht. Alle 4 müssen wieder herausgenommen werden.

	I/II	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Leb.jhr.
nicht schul- reif	I	8	2	1			1	1			
	II	4	1								
schlechte Volks- schüler	I					2				1	
	II								1		
Sonder- schule	I				1	1	1				
	II			1		1					
normale Volks- schüler	I	3				1	1				
	II		1	1	2	1	1	1			
Ober- schule	I						1				
	II					1	1		1		
gesamt		15	4	3	3	7	6	2	2	1	

Tabelle 25

Übersicht über die Schulentwicklung

D. Soziales Milieu

Im Folgenden soll noch eine Übersicht über den Aufwuchsplatz der Kinder gegeben werden, da auch häufig aus schlechtem sozialen Milieu Störungen resultieren.

Eine Übersicht über die einzelnen Auffälligkeiten im Milieu gibt Tabelle 26.

Bei 128 Kindern waren aus den Krankenblättern Anhaltspunkte über das häusliche Milieu vorhanden. Bei 2 Kindern waren keine Angaben gesondert aufgeführt, da sie noch in der Klinik verstarben, wohin sie nach der Geburt gebracht worden waren.

In insgesamt 71 Fällen von den 128 war das Milieu in irgendeiner Weise für das Kind ungünstig, das sind 55,4%.

10 Eltern kümmerten sich besonders intensiv um ihre Kinder - in einem Fall hatte das Kind einen Stiefvater - das sind 7,8%.

Bei 47 Kindern bestand ein Elternhaus aus Vater und Mutter, und vom Untersucher wurden keine Auffälligkeiten registriert.

In der Tabelle 26 sind die Milieuverhältnisse wieder nach äußeren und inneren Traumen differenziert, außerdem wurde noch eingetragen, ob das Kind ehelich oder unehelich geboren war.

Von den 31 Kindern, deren Mütter ein inneres Trauma für die Schwierigkeiten verantwortlich machten, lebten 26 in ungünstigen sozialen Verhältnissen, das sind 83,9%. 10 von diesen 31 Kindern waren unehelich geboren, das sind 32,3%.

Insgesamt 45 von den 97 Kindern, bei denen die Mutter ein äußeres Trauma angegeben hatte, mußten in ungünstigen Milieuverhältnissen aufwachsen, das sind 46,4%. 26 Kinder waren unehelich geboren, das sind 26,8%.

Bei 6 Kindern kam es zu häufigeren Milieuwechsel, 5

von ihnen waren unehelich geboren worden. Die Kinder kamen zunächst in ein Heim, zur Oma oder Tante. In 4 Fällen heiratet die Mutter später, jedoch nicht den leiblichen Vater des Kindes. Sie nahmen dann die Kinder zu sich. In einem Fall von diesen wollten sich die Eltern später wieder scheiden lassen und trugen ihre Meinungsverschiedenheiten auch vor dem Kind aus. In einem Fall mußte sich ein Kind innerhalb seiner ersten vier Lebensjahre fünfmal an eine neue Umgebung gewöhnen.

7 Kinder wurden von der Großmutter aufgezogen. 4 von ihnen sind unehelich geboren, und die Oma muß die fehlende Familie ersetzen. In einem Fall sind die Eltern geschieden, die Mutter hat sich wieder verheiratet und das Kind aus erster Ehe bei ihrer Mutter gelassen. In einem Fall leben die Eltern getrennt, das Kind wurde zur Großmutter in Obhut gegeben. Eines wird von Mutter und Oma aufgezogen, mit 8 Jahren soll es dann in ein Heim kommen, da sie beide mit ihm nicht zurecht kommen.

In 2 Fällen spielen noch andere Pflegepersonen eine Rolle. Es sind beides uneheliche Kinder. Einmal hütet ein dreizehnjähriger Cousin das Kind, in dem zweiten Fall hat die Mutter das Kind zu fremden Leuten in Pflege gegeben.

11 Kinder wurden in ein Heim gegeben, zumindest eine Zeit lang. 6 kamen gleich als Säugling zur Pflege in ein Kinderheim. In einem Fall war der Mutter gesagt worden, daß das Kind sich nie normal entwickeln würde, da hat sie es gleich in ein Heim gegeben und gar nicht erst nach Hause zu sich genommen. Bei 5 anderen handelte es sich um unehelich geborene Kinder, die Mütter mußten sie weggeben, da sie keine Möglichkeiten hatten die Kinder aufzuziehen. 5 Kinder kamen erst in ein Heim, wie sie schon älter waren: 4 waren schwer cerebrally gelähmt, sie konnten von den Eltern nicht weiter betreut werden, 1 machte Erziehungsschwierig-

keiten, die die Eltern glaubten, nicht mehr meistern zu können.

Die Mütter von 11 Kindern waren berufstätig, 4 davon waren ledig. Bei 3 von diesen 11 Kindern waren keine Angaben darüber vorhanden, wer auf sie aufpaßt. 5 wurden tagsüber von der Großmutter versorgt, 1 von den Großeltern. 1 Kind wurde vom Vater betreut und eines war zunächst bei der Oma, es sollte später aber in ein Heim gebracht werden.

Bei insgesamt 8 Kindern verhielt sich die Mutter ihrem Kind gegenüber nicht richtig. 1 Mutter war viel zu resolut ihrem Kind gegenüber, es konnte sich so gar nicht entfalten. 2 Mütter waren zu weich ihrem Kind gegenüber, sie ließen sich von ihren Kindern beherrschen und tyrannisieren. 1 war unehelich geboren. Beide gaben ein inneres Trauma während der Schwangerschaft an.

In 2 Fällen war das Mutter- Kind- Verhältnis gestört, in beiden Fällen waren die Kinder unerwünscht gewesen. Die Mütter waren auch nach der Geburt nicht in der Lage, ihre Kinder innerlich anzunehmen.

3 Mütter hatten Schuldgefühle ihrem Kind gegenüber, alle drei, weil sie das Kind nicht gewollt hatten. Sie versuchten mit viel "Liebe" alles wieder gut zu machen.

Bei 7 Kindern bestanden erhebliche Eheschwierigkeiten bei den Eltern. Oft wurden Streitigkeiten vor den Kindern ausgetragen. 2 Kinder waren unehelich geboren, es waren Zwillinge, die Mutter hatte später den Vater der Kinder geheiratet, doch die Eheleute vertrugen sich dann doch nicht.

4 Eltern resignieren ihren Kindern gegenüber, es sind in jedem Fall schwer cerebrally geschädigte Kinder. Die Eltern wollen und können die notwendigen gymnastischen Übungen mit ihren schwer geschädigten Kindern

nicht mehr durchführen. Sie wünschen, daß die Kinder in einem Heim aufgenommen werden und dort gepflegt werden.

4 Kinder zeigten bei der Untersuchung einen ausgesprochen schlechten Pflegezustand. Sie sind nicht richtig ernährt und nicht richtig sauber. 2 sind unehelich geboren und 2 ehelich.

12 der unehelich geborenen Kinder sind beim letzten Untersuchungstermin immer noch vaterlos. Bei 9 von ihnen hatte die Mutter ein äußeres Trauma angegeben, bei 3 Kindern mußte die Mutter eine innere Not während der Schwangerschaft durchmachen.

	äußere Traumen		innere Traumen		gesamt
	unehe- lich geb.	ehelich geb.	unehe- lich geb.	ehelich geb.	
häufiger Milieuwechsel	2		4		6
bei der Großmutter	4	3			7
andere Pflegepersonen	2				2
im Heim	3	4	1	3	11
berufstätige Mutter	4	4		3	11
zu resolute Mutter		1			1
zu nachgibige Mutter			1	1	2
Mutter - Kind Verhältnis gestört				2	2
Schuldgefühle der Mutter				3	3
Eheschwierigkeiten	2	2		3	7
Eltern resignieren		4			4
schlechte Pflege	1	1	1	1	4
ohne Vater	8		3		11
Eltern besorgt	1	8		1	10
normales Elternhaus		43		4	47
GESAMT					128

Tabelle 26

Übersicht über Milieu bei 128 Kindern

BESPRECHUNG

Die Thematik der vorliegenden Arbeit war, einen Zusammenhang zwischen physischen und psychischen Traumen während der Gravidität und Entwicklungsstörungen bei den Kindern herzustellen.

Im Laufe der Untersuchung stellte sich heraus, daß 39,5% der 130 untersuchten Kinder als Frühgeborene zur Welt kamen. Sie wurden bis zu 3 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin geboren. 63,2 % von diesen Frühgeborenen kamen entweder sofort nach einem Trauma oder spätestens 14 Tage danach zur Welt. In den meisten Statistiken werden diejenigen als Frühgeborene bezeichnet, die mit einem Geburtsgewicht von maximal 2500g geboren werden. Legt man dieses Kriterium der Frühgeburtlichkeit zugrunde, dann kommt man im vorliegenden Fall auf 43,2% Frühgeborene. 80,4% der Mütter erlitten äußere Traumen, 19,6% der Mütter waren inneren Nöten ausgesetzt. Mc DONALD fand bei Frühgeborenen häufiger Verletzungen, Narkosen, Operationen oder versuchten Abort in der Schwangerschaftsanamnese. VAGO, HERSCOVICI, RUSSU und OLTET finden als begünstigenden Faktor für eine verkürzte Schwangerschaftsdauer unter anderem in 5,36% der Fälle mechanische Traumen und in 2,37% der Fälle psychische Traumen.

Von den 61 Frauen, das sind 46,9% der untersuchten, die während der Schwangerschaft berufstätig waren, hatten 25 ein frühgeborenes Kind, das sind 40,9%. GREGR fand bei Frauen, die während der Schwangerschaft in der Textilindustrie beschäftigt waren, in 12,3% der Fälle eine verkürzte Schwangerschaftsdauer im Gegensatz zu 5,48% - 5,77% der Fälle bei Hausfrauen und anderen Beschäftigungen. Frühgeburten waren häufiger bei Arbeiterinnen, die leichteren physischen aber großen psychischen Belastungen ausgesetzt waren. Es wird auf Grund der Arbeiten von Lagarev, Makarov und Kobozjev die Hypothese aufgestellt, daß

die corticalen Zentren in der Schwangerschaft sensorisch weniger aktiv sind, während die subcorticalen Zentren bei psychischer Belastung überreizt sind, und die normale Reaktivität des vegetativen Nervensystems gestört ist. JERATKO, SEVELA und HECZKO beschrieben, daß bei werktätigen Frauen es öfter zur Frühgeburt kam als bei im Haushalt tätigen. TRAMPUZ fand eine statistisch signifikante Häufung von Prä maturität und Dystrophie bei berufstätigen Frauen. Ebenso stellte BAIRD fest, daß bei schwerer Arbeit der Mutter während der Gravidität die Zahl der Frühgeburten ansteigt.

Wie die obengenannten Verfasser darstellen, ist es nicht ausgeschlossen, daß die Berufstätigkeit der schwangeren Frau das Auftreten der verkürzten Schwangerschaftsdauer begünstigt. Hinzu kommt, daß durch die physische Überlastung der Schwangeren auch ihre psychischen Kräfte im erhöhten Maß beansprucht werden, was wieder zum auslösenden Faktor für mechanische Traumen und Unfälle wird und auch eine größere Anfälligkeit für Aufregung, Streit und Schreck bedingt. Dadurch kommt es ebenfalls zu einer erhöhten Zahl von Frühgeborenen und außerdem zur intrauterinen Schädigung des Kindes. Es ist also zum Schutz für Mutter und Kind eine größtmögliche Rücksichtnahme zu fordern. Die Mutterschutzgesetze müssen unbedingt eingehalten werden, und wenn die Schwangere noch im Betrieb arbeitet, darf sie physisch und psychisch nicht überlastet werden. Außerdem ist eine gründliche und rechtzeitige Betreuung der werdenden Mutter in jedem Fall notwendig wie sie von JUNG, HOSEMAN, FINKBEINER, SCHEURER, WAITZ und SCHMIDT beschrieben und gefordert wird.

Unter den 130 untersuchten Fällen waren 99, bei denen die Mütter ein mechanisches Trauma erlitten hatten, das sind 76,1%; 31 waren seelischen Nöten ausgesetzt, das sind 23,9%. Die mechanischen Trau-

men waren teils ohne erhebliche sichtbare Folgen teils aber kam es zu schweren Verletzungen der Mutter, so daß eine intrauterine Schädigung des Kindes durchaus angenommen werden kann. So war bei einem Kind, das ein Anfallsleiden hatte, cerebral gelähmt und geistig retardiert war, die Mutter im 5. Schwangerschaftsmonat im Straßenverkehr schwer verunglückt: sie hatte einen Beckenbruch, Arm- und Beinbrüche und einen Schädelbasisbruch erlitten. Sie war 3 Wochen bewußtlos und hatte eine Anaemie unter 50% Hb. THEURER und KAISER berichten über eine Schwangere, die 3 Wochen vor dem Geburtstermin einen Autounfall erlitt. Sie hatte eine beiderseitige Fraktur des Schambeins und eine Fraktur im Bereich des Sacroiliacalgelenkes mit Dislokation des Knochens. Eine Austastung des Uterus ergab keinen pathologischen Befund. Das Kind kam tot zur Welt. Bei der Autopsie des Kindes wurde ein Schädelbruch und ein Tentoriumriß festgestellt. Es ist durchaus denkbar, daß bei einem Überleben eines Kindes und bei Weiterbestehen der Schwangerschaft das Kind mit einer cerebralen Störung geboren wird, wie es in oben geschildertem Fall auch gekommen war.

SCHROEDER fand an Hand von 1000 EEG's von Neugeborenen, daß bei antenatalen Schädigungen des Kindes, die auf scheinbar banale Unfälle der Mutter in der Gravidität (z.B. Sturz auf den Bauch) zurückgeführt werden müssen, häufiger auffallende Rhythmusstörungen auftreten. In einzelnen Fällen traten noch nach Jahren bleibende neurologische Ausfallerscheinungen auf. MAYER gibt ebenfalls eine Darstellung des Problems exogener Entstehung von körperlichen Mißbildungen infolge physikalischer (direkt oder indirekt mechanische, elektrische und radiologische Schädigung) oder psychische Traumen. Er geht vor allem auf die verheerenden Folgen von vergeblichen Abtreibungsversuchen ein. Es kommt zu vorwiegend cerebralen

Defekten nach schweren Unfällen während des Früh-Stadiums der Schwangerschaft. Nach groben Schreckinsulten während der Gravidität kommt es entweder direkt mechanisch oder auf dem Umweg über das Gefäßnervensystem im Bereich des placentaren Kreislaufs zu intrauterinem Fruchttod oder zu Keimschädigungen.

In seinem Artikel "Abort und Unfall" setzt sich NIENDORF mit den verschiedensten Ansichten in der Literatur über einen Zusammenhang zwischen einem Trauma und darauf folgendem intrauterinen Fruchttod auseinander: von vielen Autoren, auch von denen, die einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Abort sehr skeptisch gegenüberstehen, wird letztes Endes zugegeben, daß derartige Zusammenhänge bestehen und auch anerkannt werden müssen.

HROZEK beschreibt 2 Fälle von intrauterinem Fruchttod nach einem Einwirken von elektrischem Strom mit einer Spannung von 220 V. Die Mütter standen kurzzeitig unter Schreckreaktion, es kam zum Abort. Bei den vorliegenden Untersuchungen hatten 4 Mütter einen elektrischen Schlag für die aufgetretenen Entwicklungsstörungen verantwortlich gemacht.

NIEMINEN und WIDHOLM beschreiben 63 Fälle von Appendicitis in der Schwangerschaft. In 20,6% der Fälle kam es zur vorzeitigen Entbindung mit einer kindlichen Mortalität von 11%. Die Verfasser sehen eine Gefahr für das Kind bei Appendicitis während der Gravidität. In den vorliegenden Untersuchungen wurden 10 Frauen operiert während der Schwangerschaft, bei 7 von ihnen wurde die Laparatomie durchgeführt, alle Kinder zeigten später Entwicklungsstörungen.

3 Frauen gaben einen Abtreibungsversuch zu. 2 von den Kindern kamen als Frühgeborene zur Welt, alle 3 zeigten später Intelligenzstörungen. UHLIG, KUARA und BENESOVA; GROSS und KALTENBÄCK messen den Abtreibungsversuchen in der Frühschwangerschaft eine große Bedeutung für angeborene Schäden, besonders neuroektodermale Anomalien, eine große Bedeutung zu. Genaue Zahlenangaben sind nicht möglich, da die Mütter nicht in jedem Fall den Abtreibungsversuch zugeben.

31 Mütter mußten in derG Gravidität ein psychisches Trauma erleben (23,9%). Alle Kinder zeigten Entwicklungsstörungen. Im Handbuch für Geisteskrankheiten, Spezieller Teil IV, herausgegeben von Oswald BUMKE, wird auf diesen Punkt besonders eingegangen. Es werden die " Belagerungskinder von Paris " zitiert: von 92 während der Belagerung von Paris gezeugten Kinder sollen 21 schwachsinnig gewesen sein. Ebenso fand HOHL¹ BEIN eine Häufung von Mißbildungen in Dresden während der Kriegsjahre: gegenüber 0,79% Mißbildungen in Friedenszeiten fand er für die Jahre 1915-1921 1,22% (1919 2,78%), 1943 - 1950 1,27% (1948: 1,83%). Es waren vorwiegend Mißbildungen des ZNS. Tierexperimente und die neueren Feststellungen über den Einfluß der Psyche auf die Generationsvorgänge machen es dem Verfasser wahrscheinlich, daß diese Mißbildungshäufung ebenso einer quantitativ und qualitativ unzureichenden Ernährung der Mutter wie abnorme psychische Belastungen während der Schwangerschaft (Sorge um den Mann, Bombenangriffe....) zuzuschreiben ist. STUTTE setzt sich mit einem Fall kritisch auseinander: eine polnische Jüdin (graviditas mens 6/7) muß erleben, wie ihr Mann, dessen Aufenthaltsort sie ohne Bedenken zugegeben hatte, vor ihren Augen von der Militärkommandantur verhaftet und in ein Sammellager für Juden gebracht wird. Sie war verständlicherweise äußerst erschreckt und hatte obendrein noch Schuldgefühle; es kam ein cerebrall gelähmtes, imbezilles Kind zur Welt. EWERBECK gibt in einer Übersicht über Neugeborene und Frühgeborene auch die Meinung von KLOTZ, in Anlehnung an die Stieve'schen Untersuchungen wieder: psychische Traumata der Mutter vor der Konzeption und in den ersten Wochen der Gravidität werden in die Reihe der Ursachen für Mißbildungen aufgenommen.

Auch die Stellung der unehelichen Mutter spielt eine Rolle. 28,4% der 130 Mütter waren ledig, als sie ihr Kind erwarteten. WEINMANN sieht in der unehelichen

Abstammung eines Kindes eine erhöhte Daseinsschwerung für jenes. Schon ab der Zeit der embryonalen Entwicklung durch die seelischen Erlebnisse der Mutter wirken ungünstige Einflüsse auf das Kind ein.

Eine besondere Stellung nehmen die Kinder ein, die von vornherein unerwünscht sind. WEITBRECHT findet die meisten nicht auf einer Psychose beruhenden Störungen in der Schwangerschaft in deren Unerwünschtheit. Ein typisches Beispiel wurde in Fall 8 geschildert. Es spielt die subjektive Einstellung zu dem Kind eine größere Rolle als das Trauma während der Gravidität, obwohl man beides nicht ganz und gar trennen kann. Die innere Haltung gegen das ungewollte Kind ist von vornherein nicht normal: während der Schwangerschaft kann und darf die Mutter sich auf das Kind nicht freuen.

Wenn es dann geboren ist, und sie es versorgen soll, wird sie es entweder nur mißmutig tun oder sie wird sich mehr als für das Kind gut ist um dieses bemühen, da sie ein schlechtes Gewissen hat. Wird das Kind größer, so kann kein echtes Mutter-Kind-Verhältnis entstehen, da die Mutter mit falschen Voraussetzungen ihrem Kind gegenüber steht. Am Ende stehen Erziehungsschwierigkeiten, die die Mutter nicht mehr meistern kann. DESTUNIS schreibt in seinem Buch über die Agressionen eines Kindes: "wie wenig aber die Kinder für derartige aggressive Erscheinungen und Entwicklungen verantwortlich sind, zeigt das Beispiel eines ungewollten Kindes. Hier taucht die Frage auf, ob Abneigung der Schwangeren gegen das kommende Kind als psychogener Faktor eine Rolle spielt, der über vegetative Konvertierung bzw. Abfangen der psychischen Spannung im Stoffwechsel und Kreislauf des Embryo einwirkt. Während der Schwangerschaft aufgetretene Blutungen konnten als Selbstaggression gedeutet werden".

Von den 130 untersuchten Kindern waren 14 lediglich zur Aufzucht in der Kinderklinik, so daß über ihre spätere Entwicklung nichts mehr ausgesagt werden kann. 69 Kinder wiesen konstitutionelle Störungen auf, das sind 53,0%. 47 Kinder zeigten Verhaltensstörungen, das sind 36,1%. Bei den morphologisch gestörten Kindern gaben die Mütter in 58 Fällen ein äußeres Trauma, und in 29 Fällen zeigten die Kinder Verhaltensstörungen bei äußeren Traumen während der Schwangerschaft, also besteht ein Verhältnis 2:1 (morphologische Störungen: Verhaltensstörungen). Von den Kindern, bei denen die Mütter ein psychisches Trauma während der Schwangerschaft erlitten waren 9 morphologisch gestört und 20 funktionell, also besteht ein Verhältnis etwa von 1:2.

116 der 130 untersuchten Kinder waren älter und konnten deshalb genauer untersucht werden. Sie zeigten Retardierungen auf einem oder mehreren Gebieten in der

Entwicklung, das sind 89,2%.

Im Einzelnen wurden folgende Ergebnisse bei den Einzeluntersuchungen gefunden:

Bei 52 der 130 untersuchten Kinder wurden dysplastische oder hypoplastische Zeichen festgestellt, das sind 40,0%. 34 der 130 Kinder wiesen Konstitutionsanomalien und -besonderheiten auf, das sind 26,1%. Hinsichtlich der Ernährungsweise und Konsistenz der Nahrung zeigten 45 von 130 Kindern Retardierungen, das sind 34,6%.

102 Kinder waren schon 6 Monate alt, so daß auch die Zahnentwicklung berücksichtigt werden konnte, bei 77 Kindern konnten noch Angaben gemacht werden, wann der erste Zahn durchgebrochen war, 20 von ihnen zählten verspätet, das sind 25,9%. 108 Kinder wurden in ihren statisch- motorischen Leistungen geprüft, 84 Kinder waren retardiert auf diesem Gebiet, das sind 77,8%. Von 68 untersuchten Kindern waren 19 verspätet sauber geworden, das sind 27,9%. 102 Kinder waren im sprachfähigen Alter, 51 zeigten Retardierungen, das sind 50,0%. 103 Kinder wurden hinsichtlich ihres Spielverhaltens untersucht, 51 von ihnen wiesen Retardierungen auf, das sind 49,5%. Bei 110 Kindern war es möglich, die Intelligenz zu beurteilen, 61 waren intelligenzmäßig unter dem Durchschnitt, das sind 55,5%. 43 der untersuchten Kinder waren im schulfähigen Alter, 31 kamen schlecht mit oder waren gar nicht schulfähig, das sind 72,0%.

Um weitere Ursachen der vorhandenen Störungen nicht zu übersehen wurde auch auf andere exogene Schädigungsmöglichkeiten geachtet: Lues und Toxoplasmose trat in keinem Fall auf. 1 Kind mit cerebraler Lähmung hatte einen Kernikterus bei einer Unverträglichkeit im AB-O-System. 1 Kind hatte mit 4 Monaten Meningitis, bei einem bestand der Verdacht auf Masernencephalitis. Bei den Geburten waren 4 Kinder aus Beckenendlage und 1 aus Querlage geboren worden. Einmal waren es Zwillinge

und ein Kind war eines von Vierlingen. 6 Kinder mußten mit Hilfe der Zange zur Welt gebracht werden. 26 Kinder kamen asphyktisch zur Welt, 13 von ihnen waren spastisch, sie waren wahrscheinlich auf Grund der Hirnschädigung blau zur Welt gekommen, 3 waren Mißbildungen - 2 davon mit angeborenem Herzfehler, 4 waren Frühgeborene, 6 zeigten später Verhaltensstörungen.

1 Kind litt an Tay-Sachs-Idiotie und 1 an Mongolismus. Die aufgetretenen Retardierungen ließen sich auf Grund dieser Erkrankungen erklären.

Bei den restlichen Kindern wurde keine weitere exogene Störung gefunden, außer den angegebenen Traumen, Unfällen, psychischen Belastungen und ungünstigen Milieuverhältnissen.

Aus den Familienanamnesen ging hervor: in 3 Familien waren Angehörige mit Krampfleiden, 1 Kind hatte einen Onkel mit spastischer Lähmung, in 2 Fällen hatte die Mutter Schizophrenie, in 1 Fall hatte die Mutter eine Schwangerschaftspsychose. 9 Mütter berichteten von Geistesleiden in ihrer Familie, ohne genauer sagen zu können, um was für eine Erkrankung es sich im Einzelfalle handelt. Wenn man auch nicht eine Störung für ererbt halten will, so muß man doch eine Anfälligkeit in solchen Familien für cerebrale Störungen schon auf kleine Traumen hin annehmen.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei 130 erziehungsschwierigen Kindern und Jugendlichen, die von 1958 - 1965 in der Heilpädagogischen Abteilung vorgestellt wurden, bezogen die Eltern die Schwierigkeiten, die bei ihren Kindern aufgetreten waren, auf äußere Verletzungen oder innere Konflikte, welche die Mutter während der Gravidität durchgemacht hatte.

Um eine objektive Stellungnahme zu diesen ernstgenommenen Beziehungsvorstellungen zu ermöglichen, wurden unabhängig davon die objektiven Grundlagen zu erforschen und zusammenzustellen versucht.

Dazu wurden die genauen Angaben über den Verlauf der Schwangerschaft und fortlaufende Untersuchungsergebnisse der Kinder körperlicher, psychologischer und soziologischer Natur registriert und im Hinblick auf die Fragestellung ausgewertet.

Bei den Störungen während der Schwangerschaft handelt es sich bei 99 Kindern um physische (76,1%) bei 31 Kindern um psychische Belastungen (23,9%). Unter äußeren Traumen wurden Verkehrsunfälle, Hinstürzen, Stoß, Elektro-unfälle, Operationen und Abtreibungsversuche verstanden; während es sich bei den inneren Traumen vor allem um länger andauernde Belastungen wie Aufregungen, seelische Not, Schreckerlebnisse, Eheschwierigkeiten und unerwünschte Schwangerschaften handelte. Die ersteren ließen sich leichter auf einen bestimmten Zeitpunkt in der Gravidität fixieren, während die letzteren über einen längeren Zeitraum auf die Schwangere einwirkten.

Objektiv feststellbare unmittelbare Folgen auf das Trauma waren bei 60 der untersuchten Kinder vorhanden (46,1%). Hierbei handelt es sich um Blutungen, Blasensprung, sofortige Geburt bis 14 Tage nach dem Unfall, leichtere und schwerere Verletzungen wie Frakturen, Commotio, Haematome und Schmerzen.

Die Untersuchungen hinsichtlich der Schwangerschaftsdauer und des Geburtsgewichtes ergaben: von 124 untersuchten Kindern kamen 49 (39,5%) zwischen der 27. und 37. Schwangerschaftswoche zur Welt; 31 von den Frühgeborenen kamen entweder sofort oder höchstens 14 Tage nach dem Trauma

		Monat:												Jahr:		Ges.											
		1		2		3		4		5		6		7			8		9		10		11		12		
I. Äußere Traumen		m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f
A. Fallen																											
a. Sturz						1	2	1	1	2	3	7	1	3	1	1		3	1					1	28		
b. Treppe						1	1					1	1	2	1	1			1							9	
B. Stoß																											
a. Seite										2									1							3	
b. Bauch																			1					1	1	3	
C. Ver-																											
kehr-						1	2	1								2			1							7	
unf.						1	1																			2	
c. Auto																										1	
d. o. Angabe										1						1										2	
e. Dresch-																										1	
maschine								1																		1	
D. Elek-										1	1							1								3	
trounf. b. ohne																										1	
E. Über-																										1	
a. Hebeh																										3	
anstr. b. Arbeit																								5	2	1	
c. Tanzen																										1	
F. Opera-																										1	
a. Unterl.						1	1			1		1	1	1												7	
tion. b. Brust		1																								1	
c. Kopf						1												1								2	
G. Medi-																										1	
a. Abf. mitt.						1																				1	
kam. b. Schlaftab.																										1	
H! Abtreibg.																										1	
																										3	
II! Innere Traumen																											
A. Unehelichkeit																										2	
B. Unerwünscht																										8	
C. Eheschwierigk.																										5	
D. Geschlagen																										1	
E. Aufregung																										3	
F. Streit																										3	
G. Schreck																										2	
H. soziale Not																										1	
I. Nervosität																										1	
K. endogene Psychose																										2	
GESANT: 67 m. 43 f.		1	1	1	1	5	3	6	3	5	2	6	9	3	8	4	1	9	6	13	20	3	2	116			

GESAMT: 67 mo. 1 1 1 1 5 3 6 3 5 2 6 9 3 8 4 1 9 6 13 20 3 7 116
49 f.

Tabelle 27

Übersicht über morphologische und funktionelle Störungen in Abhängigkeit von Zeitpunkt und Art des Ereignisses.

zur Welt (63,2%); wobei es sich im überwiegenden Teil um Frauen handelt, die ein äußeres Trauma erlitten hatten.

Von 118 Kindern hatten 51 ein Geburtsgewicht unter oder maximal 2500g (43,2%), die vermehrte Untergewichtigkeit gegenüber der Schwangerschaftsdauer geht vor allem zu Lasten der Schwangeren, die einerseelischen Not ausgesetzt waren.

Die untersuchten Kinder waren entweder morphologisch oder funktionell gestört, lediglich 14 Kinder waren als Frühgeborenen zur Aufzucht in der Klinik und wurden nicht nachuntersucht. Tabelle 27 zeigt eine Zusammenstellung der morphologischen bzw. funktionellen Störungen in Abhängigkeit von Art und Zeitpunkt des Traumas. Unter morphologisch gestörten wurden die Kinder mit cerebraler Lähmung, Anfallsleiden und Mißbildung verstanden. In Tabelle 28 werden diese nochmals aufgegliedert nach dem Grad des Intelligenzdefektes, Anfallsleiden und cerebralen Lähmungen in Abhängigkeit von Art und Zeitpunkt des Traumas. Die Kinder mit funktionellen Störungen bereiteten ihren Eltern wegen Essensschwierigkeiten, Schulschwierigkeiten, "egnehmens und Streunens Sorgen. Unter ihnen sind auch solche, die debil waren, aber morphologisch keinen Befund nachweisen ließen, eingeordnet. Bei den morphologisch gestörten gaben 58 Mütter ein äußeres Trauma an - bei den funktionell gestörten 29 (Verhältnis 2:1), bei den inneren Traumen waren 9 morphologisch gestört und 20 funktionell (Verhältnis 1:2).

Eine objektive Stellungnahme wurde versucht, indem ein Zusammenhang zwischen der Art und dem Zeitpunkt der äußeren oder inneren Schwangerschaftstraumen und der morphologisch oder funktionell faßbaren Störungen, sowie der Art des Hirnschadens und des Intelligenzdefektes hergestellt wurde. Es ergab sich, daß bei äußeren Verletzungen in der frühen und mittleren Schwangerschaftszeit mehr Kinder mit morphologisch faßbaren Störungen vorhanden waren und bei den psychisch sozialen Belastungen chronischer Art waren es mehr funktionelle Störungen. Vor allem bei den verhaltensgestörten Kindern zeigte sich, daß eine Beeinflussung des Kindes durch die seelische Einstellung der Mutter zum Kind mit dem Gedanken an das erlittene Trauma stattfand und eine eventuell bestehende

Störung durchaus verstärkte.

Um eine mögliche familiäre Störung auszuschließen wurden die Familienanamnesen erhoben: in 17 Fällen waren Hinweise für Nerven und Gemütsleiden vorhanden. Solche Familien reagieren häufig intensiver auf äußere Traumen, sie sind auch anfälliger für auftretende Störungen.

In einem Fall lag eine Tay-Sachs Idiotie und in einem Fall Mongolismus vor. Diese Erkrankungen erklärten die aufgetretenen Entwicklungsstörungen.

26 Kinder kamen asphyktisch zur Welt, jedoch wird von anderen Autoren (ILLINGWORTH) kein erhöhtes Auftreten von Entwicklungsstörungen nach Geburten gefunden, bei denen die Kinder blau waren.

Literaturstellen wurden zu den Ergebnissen der Untersuchung herangezogen.

LITERATUR

1. Baird, D.: Bull Wld. Hlth. Org. 26, 291-295, 1962
Ref.: Zbl. Gynaecol. 80, 220, 1962
2. Bumke, O.: Handbuch der Geisteskrankheiten, Spezieller Teil IV. Verlag Julius Springer, Berlin 1928
3. Destunis, G.: Die Schwererziehbarkeit und die Neurosen des Kindesalters. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, 1961
4. Donald, A.: J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth, 69, 502-505, 1962. Ref. Zbl. Gynaecol. 80, 214; 1962
5. Ewerbeck, H.: Mschr. Kinderheilk. 102, 244-251; 1954
6. Finkbeiner, H.: Die Medizinische 1954, 652-657
7. Grégr, J.: Ceskoslov. Gynaecol. 22/36, 133-136; 1957
Ref.: Zbl. Gynaecol. 63, 166; 1957
8. Gross, H. und Kaltenbäck, E. Wien. klin. Wschr. 70, 853-858; 1958
9. Hohlbein, R. Dtsch. Gesundheitswesen 1952, 281-285.
Ref.: Zbl. Gynaecol. 47, 146; 1952
10. Hosemann, H. Dtsch. Med. Wschr. 1953, 1283-1285
11. Hrozek, D. Zbl. Gynaecol. 85, 203-204; 1963
12. Illingworth, R.S.: The development of the infant and young child: normal and abnormal
Edinburgh & London, E & S Livingstone 1960
13. Illingworth, R.S. J. Pediat. (St. Louis), 58, 761-770; 1961
14. Jeratko, K.; Sevela, M. und Heczko, P. Acta. Univ. Palackinall. olomucan, 18, 139-147; 1959.
Ref. Zbl. Gynaecol. 71, 274; 1960
15. Jung, E. Geburtshilfe u. Frauenheilk. 13, 889-899; 1953
16. Klotz, R. Zbl. Gynaec. 74, 906; 1952
17. Kučera, J. und Benesova, D. Csl. Pediat. 17, 483-489; 1962
Ref.: Zbl. Gynaecol. 81, 176; 1963
18. Mayer, A. Geburtsh. u. Frauenheilk. 12, 1075-1084; 1952
19. Niendorf, F.: Abort und Unfall
Die Medizinische Welt 2, 85; 1965
20. Nieminen, U. u. Widholm, O. Ann. chir. Gynaec. Fenn. 52, 164-171; 1963
Ref.: Zbl. Gynaecol. 83, 59; 1963

21. Scheurer, W.: Der Einfluß der Schwangerenfürsorge und der sozialen Schichten auf mütterliche und kindliche Komplikationen. *Gynaecologia* (Basel), 141, 1-30; 1956
22. Schroeder, C. Congr. intermat. Gynécol et d'Obstétr. Genève, 1954, 1108-1113.
Ref.: Zbl. Gynaecol. 56, 237; 1955
23. Stutte, H.: Kann ein psychisches Graviditätsstrauma Ursache einer kongenitalen cerebralen Hemiplegie beim Kinde sein? Sonderdruck aus " *Acta Paedopsychiatrica* " 3, 75-82; 1965
24. Theurer, D.E. and Kaiser I.H. Obstet. and Gynec. 21, 477-480; 1963 Ref. Zbl. Gynaecol. 84, 112; 1964
25. Trampuz, V. Zbl. Gynaec. 85, 847-852; 1963
26. Uhlig, H. Z. ärztl. Fortbildung 51, 813-815; 1957
27. Vagó, O.; Herscovici, P.; Russu, O. et Oltet, M.
Obstr. si. Ginecól. 2, 16-28; 1954
Ref.: Zbl. Gynaecol. 56, 228; 1955
28. Waitz, R. und Schmidt, G.: Dtsch. Gesundheitswesen 1955, 22-24
29. Weinmann, K.: Familie und Schwererziehbarkeit
Bericht über den II. Allgemeinen ärztlichen Kongreß für Psychotherapie in Bad Nauheim 27.- 30. April 1927.
Herausgegeben von Wladimir Eliasberg.
verlag S. Hirzel Leipzig 1927
30. Weitbrecht, H.J.: Psychische Störungen an der Schwangerschaft.
Der Landarzt 23, 977-984; 1965

Karin-Hergard Schrenk,
Medizinalassistentin

8520 E r l a n g e n,

Gerh.-Hauptmann-Str. 11^{III B.}

Erlangen, den 6. Dezember 1966

L e b e n s l a u f :

Am 31. Oktober 1940 wurde ich als Tochter des Superintendenten Alfred R a b e und seiner Ehe - frau Ingeborg, geb. N ä g l e r, als zweites von drei Kindern in Ostheim vor der Rhön geboren. Während meiner ganzen Kindheit und Schulzeit wohnte ich in Sondheim/Rhön.

Am 1. September 1947 trat ich in Sondheim in die Volksschule ein. Ab 1. September besuchte ich das Realgymnasium Bad Neustadt/Saale von Sondheim aus als Fahrschülerin. Nach Bestehen der Reife - prüfung verließ ich das Realgymnasium am 13. Juli 1960.

Am 1. November 1960 immatrikulierte ich mich an der Friedrich-Alexander Universität Erlangen / Nürnberg für das Fach Medizin. Im Juli 1961 bestand ich das Vorphysikum, im April 1963 das Physikum an dieser Universität. Nach dem 6. klinischen Semester meldete ich mich zum Staatsexamen und bestand es am 25. Juli 1966.

Ende August 1966 heiratete ich. Seit dem 1. Oktober 1966 bin ich als Medizinalassistentin an der Univ.- Hals-, Nasen- und Ohrenklinik Erlangen tätig.

Offsetdruck - Fotodruck

Josef Hogl

8520 Erlangen, Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz,) Tel. 22990

Offsetdruck - Fotodruck

- J. H o g l, 8520 Erlangen, Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz) Telefon 22990 -